



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO



Załącznik nr 1
do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert
na Udzielenie Świadczeń Zdrowotnych (SWKO)

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ TERAPEUTĘ ZAJECIOWEGO,
W PROJEKCIE ROBO.NZL PN. "ROZSZERZENIE DOSTĘPNOŚCI ROBOTYCZNIE WSPOMAGANEJ
DIAGNOSTYKI FUNKCJONALNEJ I REHABILITACJI DZIECI I MŁODYCH DOROSŁYCH
Z MÓZGOWYM PORAŻENIEM DZIECIĘCYM I INNYMI ZESPOŁAMI PORAŻENNYMI NA TERENIE
WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO" W ORTOPEDYCZNO – REHABILITACYJNYM
SZPITALU KLINICZNYM IM. WIKTORA DEGI UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU.**

1. Dane oferenta

Imię i nazwisko telefon.....

e-mail.....

adres: kod..... miejscowość.....

ulica.....nr.....

PESEL

Numer zaświadczenia o wpisie do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego **lub**
data złożenia wniosku o wpis.....

Numer rachunku bankowego do przelewu wynagrodzenia, w przypadku zawarcia umowy
.....

Część dotycząca Oferentów prowadzących działalność gospodarczą:

Nazwa prowadzonej działalności gospodarczej

Pod adresem

NIPREGON.....

Powyższy numer telefonu oraz adres e-mail wskazuję jako środki komunikacji przeznaczone do porozumiewania się ze mną przez Udzielającego Zamówienia w toku Konkursu ofert. Oświadczenia, wezwania i informacje przekazane za pośrednictwem jednego ze wskazanych środków uznaję za skutecznie złożone mi przez Udzielającego Zamówienia.

2. Zakres świadczeń

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **terapeutę zajęciowego** w projekcie ROBO.NZL.

.....
Data i podpis

3. Czas udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu.

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **terapeutę zajęciowego** w projekcie ROBO.NZL realizowanym przez Szpital, od do 31.10.2026,

(należy wpisać – jednak nie wcześniej niż 16.10.2024r. i nie później niż 18.11.2024r.)

Dotyczy osób posiadających wpis do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego w dniu składania oferty

Termin rozpoczęcia udzielania przeze mnie świadczeń jest uzależniony od uzyskania przeze mnie uprawnień tj. wpisu do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego, tym samym deklaruję, że rozpocznę udzielanie świadczeń w terminie nie dłuższym niż 5 dni roboczych od dnia przekazania informacji o uzyskaniu uprawnień, jednak nie wcześniej niż 16.10.2024 r. i nie później niż 18.11.2024r., a o okoliczności tej deklaruję się poinformować Udzielającego zamówienia w ciągu 2 dni roboczych od dnia uzyskania uprawnień. (dotyczy osób nie posiadających wpisu w dniu składania oferty, które posiadają dyplom i złożyły wniosek o wpis do CROUdWZM).

.....
Data i podpis

4. OFERTA

4.1. Deklaruję wynagrodzenie w wysokości..... zł **brutto*** za godzinę pracy.

**należy przez to rozumieć stawkę brutto wraz z pełnymi kosztami Udzielającego Zamówienia, związanymi z zatrudnieniem Oferenta.*

4.2. Deklaruję **80 godzin pracy średniomiesięcznie.**

4.3. Ukończyłem/łam studia na kierunku terapia zajęciowa:

.....
(należy wpisać rok ukończenia studiów, typ – licencjackie, magisterskie, podyplomowe, oraz Uczelnię)

4.4. Moje doświadczenie zawodowe w pracy w placówkach z dziećmi niepełnosprawnymi ruchowo wynosi:

(proszę wpisać lata i/lub miesiące lub „brak”)

.....

Data i podpis

5. Oświadczenia:

5.1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych **przez terapeutę zajęciowego w ramach projektu ROBO.NZL (stanowiącym załącznik nr 2 do SWKO)**, i akceptuję zawarte w nich postanowienia, nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam informacje niezbędne do przygotowania oferty.

.....

Data i podpis

5.2. Oświadczam, że posiadam uprawnienia niezbędne do realizacji świadczeń stanowiących przedmiot Konkursu ofert oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz spełniam określone prawem oraz w treści Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert warunki ich realizacji.

.....

Data i podpis

5.3. Oświadczam, że w przypadku dokonania wyboru przez Udzielającego Zamówienia złożonej przeze mnie oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy o treści zgodnej ze wzorem stanowiącym **Załącznik nr 2 do SWKO** oraz przystąpienia do realizacji świadczeń zdrowotnych.

.....

Data i podpis

5.4. Oświadczam, że świadczenia wykonywane będą w Ortopedyczno - Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. W. Degi UM w Poznaniu przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w posiadaniu Udzielającego Zamówienia.

.....

Data i podpis

5.5. * Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w treści obowiązujących przepisów prawnych oraz zgodnie z treścią umowy, której wzór stanowi załącznik nr 2 do SWKO.

.....

Data i podpis

**dotyczy Oferentów, którzy nie posiadają umowy ubezpieczenia OC, aktualnej na dzień składania Ofert.*

5.6. Oświadczam, że wszystkie kserokopie dokumentów załączonych do niniejszej oferty, które nie są wydrukiem elektronicznym nie wymagającym podpisu, są zgodne z oryginałami.

.....

Data i podpis

5.7. Oświadczam, że jestem zaszczepiony/na przeciwko WZW.

.....

Data i podpis

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. Kopie dokumentów potwierdzających uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową: dyplom ukończenia szkoły wyższej na kierunku terapia zajęciowa (studia licencjackie lub magisterskie lub podyplomowe),
 - zaświadczenie o wpisie do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego; **W przypadku nieposiadania wpisu w dniu składania ofert**, Oferent zobowiązany jest dołączyć do formularza ofertowego potwierdzenie złożenia wniosku o wpis do CROUdWZM oraz oświadczenie o zobowiązaniu do pisemnego poinformowania Udzielającego zamówienia o uzyskaniu uprawnień tj. ww. wpisu w ciągu 2 dni roboczych od wystąpienia tej okoliczności i rozpoczęciu udzielania świadczeń w ciągu 5 dni roboczych od dnia przesłania ww. powiadomienia, jednak nie wcześniej niż 16.10.2024 r. i nie później niż 18.11.2024 r.
2. Opis przebiegu pracy zawodowej (np. w formie CV, z wyszczególnieniem doświadczenia) – **dotyczy wyłącznie Oferentów deklarujących posiadanie doświadczenia w pracy w placówkach z dziećmi niepełnosprawnymi ruchowo .**
3. List motywacyjny (min. 3000 znaków), w którym należy umotywować swoją chęć pracy z dziećmi.
4. Kopia umowy odpowiedzialności cywilnej – jeśli Oferent dysponuje aktualną umową, na dzień złożenia Oferty – w przypadku braku umowy, Oferent zobowiązany jest złożyć stosowne oświadczenie, zgodne z treścią niniejszego formularza.
5. Zaświadczenie lekarskie o zdolności do realizacji umowy.
6. Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego.
7. Oświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej – **dotyczy wyłącznie Oferentów prowadzących działalność gospodarczą.**