



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 FIZJOTERAPEUTĘ, 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 prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty wydanego przez Krajową Radę Fizjoterapeutów: .....  
Numer rachunku bankowego do przelewu wynagrodzenia, w przypadku zawarcia umowy  
.....

#### Część dotycząca Oferentów prowadzących działalność gospodarczą:

Indywidualna praktyka fizjoterapeutyczna pod nazwą.....,  
wpisana do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Krajową Radę Fizjoterapeutów  
pod numerem księgi rejestrowej ....., zarejestrowana pod  
adresem.....  
NIP .....REGON.....

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 **fizjoterapeutę** w projekcie ROBO.NZL.

.....  
Data i podpis

**3. Czas udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu. Należy zaznaczyć właściwą deklarację:**

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **fizjoterapeutę** w projekcie ROBO.NZL realizowanym przez Szpital od 16.03.2026 r. do 31.10.2026 r.,

.....

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 **do 80 godzin pracy średniomiesięcznie.**

**4.3.** Posiadam tytuł naukowy magistra na kierunku fizjoterapia.

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

(proszę wskazać licząc do dnia złożenia oferty)

.....

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 fizjoterapeutę 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:
  - a. dyplom ukończenia szkoły wyższej,
  - b. prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty;
  - c. zaświadczenie lekarskie o zdolności do realizacji umowy,
  - d. list motywacyjny (min. 3000 znaków), w którym należy umotywować swoją chęć pracy z dziećmi,
  - e. zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego,
  - f. oświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej – **dotyczy wyłącznie Oferentów prowadzących działalność gospodarczą,**
2. Opis przebiegu pracy zawodowej potwierdzający doświadczenie w zakresie oferowanych usług – CV – dotyczy Oferentów deklarujących w formularzu ofertowym doświadczenie w pracy w placówkach z dziećmi niepełnosprawnymi,
3. 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.