



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

OFERTA na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **FIZJOTERAPEUTĘ** pełniącego rolę **specjalisty ds. metodologii analizy ergonomii na stanowiskach symulowanych w projekcie ERGO**, pn. „Identyfikacja czynników ryzyka zw. z pracą na stanowisku komputerowym i wdrożenie programu naprawczego wśród pracowników cywilnych i mundurowych Policji w województwie wielkopolskim” 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 praktyk zawodowych fizjoterapeutów
prowadzonego przez Krajową Radę Fizjoterapeutów pod numerem księgi rejestrowej
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** pełniącego **specjalisty ds. metodologii analizy ergonomii na stanowiskach symulowanych w projekcie ERGO.**

.....
Data i podpis

3. Czas udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu.

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **FIZJOTERAPEUTĘ** pełniącego rolę **specjalisty ds. metodologii analizy ergonomii na stanowiskach symulowanych w projekcie ERGO,** od dnia 01.02.2025 r. do dnia 31.05.2027 r.

.....
Data i podpis

4. OFERTA

1.1. Deklaruję wynagrodzenie w wysokości:

A. zł brutto* za godzinę pracy x 76 godz./mc x 24 mc = zł brutto

B. zł brutto* za godzinę wykładu x 45 godz. = zł brutto

Łączna deklarowana kwota wynagrodzenia to zł brutto

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

4.2. Oświadczam, że posiadam doświadczenie w ocenie funkcjonalnej różnego rodzaju dysfunkcji podlegających leczeniu usprawniającemu potwierdzone certyfikatami – liczba posiadanych certyfikatów w przedmiotowym zakresie: (proszę wskazać liczbę posiadanych certyfikatów).

Oświadczam ponadto, że liczba wskazana powyżej jest spójna z załączonymi kopiami tychże certyfikatów.

4.3. Oświadczam, że posiadam doświadczenie w obsłudze aplikacji raportujących dane personalne i medyczne; do dnia złożenia oferty obsługiwałem/łam:(proszę wskazać liczbę aplikacji) aplikacji/systemów raportujących dane personalne i medyczne o nazwach:

.....
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** pełniącego rolę **specjalisty ds. metodologii analizy ergonomii na stanowiskach symulowanych w projekcie ERGO** (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 wydrukami 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. oświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej – dotyczy wyłącznie Oferentów prowadzących działalność gospodarczą;
2. Opis przebiegu pracy zawodowej potwierdzający niezbędną wiedzę i doświadczenie w zakresie oferowanych usług.
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.