



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

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ FIZJOTERAPEUTĘ PEŁNIĄCEGO ROLĘ KOORDYNATORA FIZJOTERAPII, W PROJEKCIE ROBO.NZL PN. "ROZSZERZENIE DOSTĘPNOŚCI ROBOTYCZNIE WSPOMAGANEJ DIAGNOSTYKI FUNKCJONALNEJ I REHABILITACJI DZIECI I MŁODYCH DOROSŁYCH Z MÓZGOWYM PORAZENIEM DZIECIĘCYM I INNYMI ZESPOŁAMI PORAZENNYMI 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 .....  
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 rolę Koordynatora fizjoterapii**, w projekcie ROBO.NZL.

.....

Data i podpis

## 3. Czas udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu.

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **fizjoterapeutę pełniącego rolę Koordynatora fizjoterapii**, w projekcie ROBO.NZL realizowanym przez Szpital, od dnia 1.11.2023 r. do dnia 31.10.2026r., z zastrzeżeniem, że przypadku uzyskania dofinansowania projektu po dniu 1.11.2023r. rozpoczęcie udzielania przeze mnie świadczeń zdrowotnych nastąpi nie wcześniej niż w dniu wystąpienia powyższej okoliczności.

.....

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 dla I okresu realizacji projektu i 120 godzin pracy średniomiesięcznie dla II okresu realizacji projektu..**

4.3. Posiadam tytuł naukowy co najmniej magistra na kierunku fizjoterapia.

4.4. Moje doświadczenie zawodowe w koordynowaniu procesów terapeutycznych pacjentów pediatrycznych wynosi: .....

(proszę wskazać pełne lata, licząc do dnia złożenia oferty)

4.5. Moje doświadczenie zawodowe w pracy w zakresie technologicznie wspomaganą rehabilitacją wynosi :.....

(proszę wskazać pełne lata, licząc do dnia złożenia oferty)



4.6. Moje doświadczenie zawodowe w rehabilitacji dziecięcej wynosi: .....  
(proszę wskazać pełne lata, 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 pełniącego rolę Koordynatora fizjoterapii, 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 Ofertentów, 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. prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty,
  - b. dyplom ukończenia szkoły wyższej z tytułem magistra na kierunku fizjoterapia
  - c. kopię umowy ubezpieczenia OC lub oświadczenie o jej przedłożeniu, najpóźniej w dniu podpisania umowy.
  - d. zaświadczenie lekarskie o zdolności do realizacji umowy.
  - e. oświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej – **dotyczy wyłącznie Ofertentów prowadzących działalność gospodarczą.**
2. Opis przebiegu pracy zawodowej potwierdzający niezbędną wiedzę i doświadczenie w zakresie oferowanych usług – CV.