



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

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ PIELĘGNIARKE, W PROJEKCIE ROBO.NZL PN. "ROZSZERZENIE DOSTĘPNOŚCI ROBOTYCZNIE WSPOMAGANEJ DIAGNOSTYKI FUNKCJONALNEJ I REHABILITACJI DZIECI I MŁODYCH DOROSŁYCH Z MÓZGOWYM PORĄŻENIEM DZIECIĘCYM I INNYMI ZESPOŁAMI PORĄŻENNYMI 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 pielęgniarki wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych

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 **pielęgniarkę** w projekcie ROBO.NZL.



.....
Data i podpis

3. Czas udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu.

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **pielęgniarkę** 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 **40 godzin pracy średniomiesięcznie.**

4.3. Ukończyłam studia na kierunku pielęgniarstwo.

4.4. Moje doświadczenie zawodowe w pracy na stanowisku pielęgniarki wynosi
(proszę wskazać pełne lata, licząc do dnia złożenia oferty)

4.5. Moje doświadczenie zawodowe w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi ruchowo 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 pielęgniarkę 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:
 - prawo wykonywania zawodu wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych
2. opis przebiegu pracy zawodowej (np. w formie CV, z wyszczególnieniem doświadczenia z dokładnością do dnia i miesiąca), potwierdzający wymagane doświadczenie.
3. zaświadczenie lekarskie o zdolności do realizacji umowy,
4. kopię umowy ubezpieczenia OC lub oświadczenie o jej przedłożeniu, najpóźniej w dniu podpisania umowy.
5. oświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej – **dotyczy wyłącznie Oferentów prowadzących działalność gospodarczą.**