



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.....

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 **fizjoterapeutę** w projekcie ROBO.NZL.

.....
Data i podpis

3. Czas udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu.

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **fizjoterapeutę** w projekcie ROBO.NZL realizowanym przez Szpital, od dnia2024 r. do dnia 31.10.2026r.,

(należy wpisać – jednak nie wcześniej niż 1.03.2024r. i nie później niż 02.04.2024r.)

.....
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 **godzin pracy średniomiesięcznie.**

(należy wpisać odpowiednio 80 lub 160 w zależności od oferowanego wymiaru czasu pracy)

4.3. Posiadam tytuł naukowy magistra na kierunku fizjoterapia.

4.4. Moje doświadczenie zawodowe w pracy z pacjentami pediatrycznymi wynosi:.....

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

4.5. Moje doświadczenie zawodowe w pracy w zakresie technologicznie wspomaganiej rehabilitacji wynosi :.....

(proszę wskazać lata z dokładnością do pół roku, 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; w przypadku nieposiadania prawa wykonywania zawodu w dniu składania ofert, Oferent zobowiązany jest dołączyć do formularza ofertowego oświadczenie o przedłożeniu prawa wykonywania zawodu najpóźniej w dniu podpisania umowy,
 - c. zaświadczenie lekarskie o zdolności do realizacji umowy
 - d. oświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej – **dotyczy wyłącznie Oferentów prowadzących działalność gospodarczą.**
2. Opis przebiegu pracy zawodowej potwierdzający niezbędną wiedzę i doświadczenie w zakresie oferowanych usług – CV; lub (w przypadku braku minimum 2 letniego doświadczenia) list motywacyjny.
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.