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

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH <u>PRZEZ FIZJOTERAPEUTĘ DEDYKOWANEGO DO LABORATORIUM CHODU,</u> 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 ……..

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 dedykowanego do Laboratorium Chodu**, w projekcie ROBO.NZL.

……..
Data i podpis

3. Czas udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu.

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **fizjoterapeutę dedykowanego do Laboratorium Chodu**, w projekcie ROBO.NZL, od dnia ……..2024 r. do dnia 30.11.2026 r.

(należy wpisać deklarowaną datę – nie wcześniej niż 17.09.2024r. i nie później niż 1.10.2024r.)

……..
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 magistra na kierunku fizjoterapia.

4.4. Moje doświadczenie zawodowe w pracy w placówkach z dziećmi niepełnosprawnymi 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 dedykowanego do Laboratorium Chodu 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. 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 Działalności Gospodarczej – **dotyczy <u>wyłącznie</u> 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.