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

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ TERAPEUTĘ ZAJĘCIOWEGO, W PROJEKCIE MOVIT 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 – EDYCJA II" 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 zaświadczenia o wpisie do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego……..

Część dotycząca Oferentów prowadzących działalność gospodarczą:

Nazwa prowadzonej działalność gospodarczej ……

Pod adresem ……

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 **terapeutę zajęciowego** , w projekcie MOVIT.

……..
Data i podpis

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

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **terapeutę zajęciowego**, w projekcie MOVIT realizowanym przez Szpital, od dnia 9.11.2026 r. do dnia 31.05.2029 r.

……..
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 80 lub 160)

4.3. Ukończyłem/łam studia na kierunku terapia zajęciowa: ……...
……
(należy wpisać rok ukończenia studiów, typ – licencjackie, magisterskie, podyplomowe, oraz Uczelnię)

4.4. Moje doświadczenie zawodowe w pracy w placówkach z dziećmi niepełnosprawnymi ruchowo wynosi: ……
(proszę wpisać lata i/lub miesiące lub „brak")

……..
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 terapeutę zajęciowego w projekcie MOVIT (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 kopie dokumentów stanowiących załączniki 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 na kierunku terapia zajęciowa (studia licencjackie lub magisterskie lub podyplomowe),
   b. zaświadczenie o wpisie do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego
2. zaświadczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania czynności objętych umową,
3. Kopia dokumentu potwierdzającego posiadanie aktualnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC),

4. Informacja z Krajowego Rejestru Karnego,
5. oświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej – **dotyczy <u>wyłącznie</u> Oferentów prowadzących działalność gospodarczą.**
6. Opis przebiegu pracy zawodowej (np. w formie CV, z wyszczególnieniem doświadczenia) – dotyczy wyłącznie Oferentów deklarujących posiadanie doświadczenia w pracy w placówkach z dziećmi niepełnosprawnymi ruchowo .