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

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ FIZJOTERAPEUTĘ LABORATORIUM CHODU, 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 prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty wydanego przez Krajową Radę Fizjoterapeutów: ……..

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 Laboratorium Chodu**, w projekcie MOVIT.

……..

Data i podpis

3. Czas udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu.

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **fizjoterapeutę laboratorium chodu**, w projekcie MOVIT realizowanym przez Szpital, od dnia 4.12.2026 r. do dnia 30.06.2029 r.

……..
Data i podpis

4. OFERTA

4.1. Deklaruję wynagrodzenie w wysokości:

4.1.1 …… zł brutto* za świadczenie usług fizjoterapeutycznych **z wykorzystaniem sprzętu do robotycznie wspomaganej rehabilitacji;**

4.1.2. …… zł brutto* za świadczenie usług fizjoterapeutycznych **bez wykorzystania sprzętu do robotycznie wspomaganej rehabilitacji, obejmujących wyłącznie bezpośrednią pracę z pacjentem.**

**należy przez to rozumieć stawkę brutto wraz z pełnymi kosztami Udzielającego Zamówienia, związanymi z zatrudnieniem Oferenta.*
Udzielający zamówienia zastrzega, że w rozliczeniu ilość godzin ze stawką wskazaną w punkcie 4.1.1 nie może przekroczyć 75% rozliczanych godzin.

4.2 Deklaruję **120 godzin pracy średniomiesięcznie**.

4.3. Posiadam tytuł magistra na kierunku fizjoterapia.

4.4 Moje doświadczenie zawodowe w pracy w placówkach z dziećmi z niepełnosprawnością 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 Laboratorium Chodu 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

Fundusze Europejskie dla Wielkopolski
Dofinansowane przez Unię Europejską
SAMORZĄD WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO

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. Kopia dokumentów potwierdzających uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową:

Fundusze Europejskie dla Wielkopolski
Dofinansowane przez Unię Europejską
SAMORZĄD WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO

- dyplom ukończenia szkoły wyższej na kierunku fizjoterapia
- dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty, wydany przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów (KIF), lub zaświadczenie KIF o nadaniu prawa wykonywania zawodu. W przypadku nieposiadania prawa wykonywania zawodu w dniu składania oferty Oferent zobowiązany jest dołączyć do formularza ofertowego oświadczenie o zobowiązaniu do przedłożenia dokumentu potwierdzającego prawo wykonywania zawodu najpóźniej w dniu podpisania umowy

2. zaświadczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania czynności objętych umową,
3. Kopia dokumentu potwierdzającego posiadanie aktualnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC), obejmującego zakres działalności związanej z realizacją umowy ,
4. Informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie wymaganym na podstawie art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2026 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich
5. opis przebiegu pracy zawodowej (np. w formie CV, z wyszczególnieniem doświadczenia z dokładnością do dnia i miesiąca), potwierdzający wymagane doświadczenie, lub list motywacyjny (min. 3000 znaków), w którym Oferent umotywuje swoją chęć pracy z dziećmi
6. oświadczenie o wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą lub CEIDG /dotyczy Oferentów prowadzących działalność gospodarczą/.