Znak sprawy: UŚ/P/03/2025 Załącznik Nr 1 do SWKO

**FORMULARZ OFERTOWY**

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące zawód pielęgniarki dla pacjentów Udzielającego Zamówienia „Uzdrowisko Świnoujście” S.A.** składam niniejszą ofertę.

**DANE DOTYCZ**Ą**CE OFERENTA:**

Nazwa / Imię i nazwisko: ….…………….……………………………………………….................

Adres: ………………………………………………………………………………………………...

Tel./fax.: ………….………………....., e-mail; ………………………………………………………

NIP: ……………………………., PESEL………………………………………………………….

REGON: …………………...……….., Numer dowodu osobistego ………………………………

Oferuję realizację zamówienia, zgodnie z wymogami Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert za

cenę:

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **Cena jednostkowa brutto** |
| Realizacja świadczeń w zakresie opieki medycznej w sanatoriach i szpitalach uzdrowiskowych lub zakładach rehabilitacji leczniczej lub przychodni uzdrowiskowej w ramach obowiązków pielęgniarki. | .......................................... zł(słownie:…........................................................).za 1 godzinę opieki nad pacjentami |

**Uwaga,**

Oczekiwana maksymalna stawka godzinowa (za 1 godzinę udzielania świadczeń) wynosi **46,30** zł brutto przy działalności gospodarczej, **43,50 zł** brutto przy umowie zlecenie**.**

Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu).

**Oświadczenia i deklaracje dotyczące postanowień SWKO:**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO), akceptuję je i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń.

**2. Deklaruję** **dostępność** w niżej wymienione dni tygodnia w zależności od zapotrzebowania Udzielającego zamówienie (praca trzy zmianowa - dyżury dzienne, popołudniowe lub nocne):

poniedziałek - TAK/NIE\*

wtorek - TAK/NIE\*

środa - TAK/NIE\*

czwartek - TAK/NIE\*

piątek - TAK/NIE\*

sobota - TAK/NIE\*

niedziela - TAK/NIE\*

**3. Deklarują ciągłość:**

I kwartał - TAK/NIE\*

II kwartał - TAK/NIE\*

III kwartał - TAK/NIE\*

IV kwartał - TAK/NIE\*

4. **Posiadam znajomość języka niemieckiego w stopniu**:

bardzo dobrym - TAK/NIE\*

 dobrym - TAK/NIE\*

brak - TAK/NIE\*

5. Oświadczam, że zapoznałam/em się z przepisami ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 poz. 799 ze zm.).

6. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

7. Zobowiązuję się do osobistego udzielania powyżej zadeklarowanych świadczeń zdrowotnych.

8. Zapoznałem się z treścią załącznika nr 5 (projekt umowy), nie wnoszę do niego żadnych uwag
 i w pełni go akceptuję – co potwierdzam pisemnie i załączam jako dokument do swojej oferty.

9. Zobowiązuję się do prowadzenia dokumentacji medycznej wynikającej z obowiązujących przepisów.

10. Uważam się za związaną/ego niniejszą ofertą przez okres **30 dni** od upływu terminu składania ofert.

11. Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam wymagane dokumenty i kserokopie

 dokumentów:

………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………….. ……………………………………..

Miejscowość i data (podpis i pieczęć imienna Oferenta)

\* - niepotrzebne skreślić.