

FORMULARZ OFERTOWY

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

DANE DOTYCZĄCE 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 pielęgniarstwa.	 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:

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO), akceptuję je i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń.
- Deklaruję dostępność** w niżej wymienione dni tygodnia w zależności od zapotrzebowania Udzielającego zamówienie (praca trzy zmianowa - dyżuryienne, 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 2025poz. 450 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. Zapoznałam 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.