

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:

L.p.	Rodzaj usługi	Cena jednostkowa brutto
Część 1	Realizacja świadczeń w zakresie opieki medycznej w sanatoriach i szpitalach uzdrowiskowych lub zakładach rehabilitacji leczniczej lub przychodni uzdrowiskowej w ramach obowiązków pielęgniarstwa odcinkowej.	 zł (słownie:.....). za 1 godzinę opieki nad pacjentami Uwaga, oczekiwana stawka godzinowa (za 1 godzinę udzielania świadczeń) wynosi 56,50 zł brutto przy działalności gospodarczej. Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu)
	Dodatek za opiekę nad pacjentami w godzinach 7:00-14:35 (od poniedziałku do piątku) przy pełnej dyspozycyjności we wszystkie dni robocze w miesiącu kalendarzowym.	 % (słownie:.....). za 1 godzinę opieki nad pacjentami Uwaga, oczekiwana stawka procentowa wynosi 20% jako dodatek do stawki godzinowej zaproponowanej wyżej. Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu).

Część 2	Realizacja świadczeń w zakresie opieki medycznej w sanatoriach i szpitalach uzdrowiskowych lub zakładach rehabilitacji leczniczej lub przychodni uzdrowiskowej w ramach obowiązków pielęgniarki odcinkowej.	 zł (słownie:.....). za 1 godzinę opieki nad pacjentami Uwaga, oczekiwana stawka godzinowa (za 1 godzinę udzielania świadczeń) wynosi 54,00 zł brutto przy umowie zlecenie. Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu).
	Dodatek za opiekę nad pacjentami w godzinach 7:00-14:35 (od poniedziałku do piątku) przy pełnej dyspozycyjności we wszystkie dni robocze w miesiącu kalendarzowym.	 % (słownie:.....). za 1 godzinę opieki nad pacjentami Uwaga, oczekiwana stawka procentowa wynosi 20% jako dodatek do stawki godzinowej zaproponowanej wyżej. Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu).
Część 3	Realizacja świadczeń w zakresie nadzoru epidemiologicznego w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego (szpital uzdrowiskowy, sanatoria uzdrowiskowe i w zakładzie przyrodoleczniczym) oraz w gabinetach fizjoterapeutycznych.	 (słownie:.....). ryczałt miesięczny Uwaga, oczekiwana stawka wynosi 2 300,00 zł miesięcznie. 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 2025 poz. 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. 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.