

**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.	<p>..... zł</p> <p>(słownie:.....).</p> <p>za 1 godzinę opieki nad pacjentami</p>

**Uwaga,**

Oczekiwana maksymalna stawka godzinowa (za 1 godzinę udzielania świadczeń) wynosi **56,50 zł** brutto przy działalności gospodarczej, **54,00 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 - 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 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. 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.