Załącznik nr 1

.....................................

miejscowość, data

**FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY**

**Świadczenie usług pielęgniarskich**

**dla Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz-Kosko w Sopocie Sp. z o.o.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Lp.** | **Zakres świadczenia zdrowotnego** | **Proponowane wynagrodzenie za 1 godzinę świadczenia usługi brutto** |
| 1. | Udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich w Oddziale Rehabilitacyjnym dla dorosłych Spółki w lokalizacji przy ul. 23 Marca 93, 81-820 Sopot. |  |
|  | | |

Ceną oferty jest iloczyn cena jednostkowa (brutto) za 1 godzinę świadczenia usługi x 120.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TYTUŁ SPECJALISTY W DZIEDZINIE (należy wpisać):** | **WAGA** | |
| Pielęgniarstwo ………………………………………………………… | 1 | pkt |
| Pielęgniarstwo ………………………………………………………… | 1 | pkt |
| Pielęgniarstwo ………………………………………………………… | 1 | pkt |
| Pielęgniarstwo ………………………………………………………… | 1 | pkt |
| Pielęgniarstwo ………………………………………………………… | 1 | pkt |
| Pielęgniarstwo ………………………………………………………… | 1 | pkt |
| **Suma punktów:** |  | **pkt** |

Do oceny kryterium brana będzie pod uwagę specjalizacja pielęgniarska oferenta. Za każdą specjalizację pielęgniarską Oferent otrzyma po 1 punkcie.

......................................................................................

podpis i pieczątka Oferenta lub osoby upoważnionej

Załącznik Nr 2

**FORMULARZ OFERTOWY**

Pełna nazwa Oferenta …………………………………………………….............................…………………………………………..…......

Pełny adres zamieszkania Oferenta ……………………………………………………………………………………

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

Pełny adres siedziby Oferenta ........................................................................................................................................ .........................................................................................................................................................................................

**nr tel/fax, kom**. ............................................................... **e-mail**..................................................................................

nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą: praktyk pielęgniarskich .........................................................................................................................................................................................

nr statystyczny **REGON** ......................................., nr Identyfikacji Podatkowej **NIP**  …………………………

**PESEL** ……………………………………………...

Nazwisko i imię oraz stanowisko osób uprawnionych do reprezentowania

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

Nazwa banku, nr rachunku ............................................................................................................................................

1. Oświadczam, iż po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert nr K-15-24 na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich dla Spółki Pomorskie Centrum Reumatologiczne im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o.o z siedzibą w Sopocie i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz składam ofertę na świadczenia medyczne zgodnie z **Załącznikiem nr 1** do oferty.
2. Oświadczam w imieniu w/w Oferenta, że jest/em osobą legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji pielęgniarskich, która:

1) jest uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem konkursu zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz.U. z 2022 r. poz. 633 ze zm.) i pozostałych przepisach, tj. wykonuje działalność w formie praktyki zawodowej stosownie do art. 5 ust. 2 pkt 2) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t . j. Dz.U.2022 r. poz. 633 ze zm.),

2) spełnia warunki wymagane art. 19 ust. 4, 5 lub 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz.U. 2022 r., poz. 633 ze zm.), tj.:

- posiada prawo wykonywania zawodu pielęgniarki;

- nie jest:

a)  zawieszona w prawie wykonywania zawodu albo ograniczone w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej lub przepisów o samorządzie pielęgniarek i położnych,

b)  pozbawiona możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym;

c) nie ma przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;

d) posiada wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;

e) mają zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej lub złożą oświadczenie o zamiarze jej zawarcia,

1. **Deklaruję dyspozycyjność na poziomie minimum 120 godzin miesięcznie i maksymalnie nie więcej niż ............... godzin *(należy wypełnić)***
2. Oświadczam, że liczbę i kwalifikacje zawodowe wraz z doświadczeniem osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych ofertą podaję w **Załączniku nr 3.**
3. Oferuję realizację usług na okres 5 miesięcy od dnia podpisania umowy po prawomocnym rozstrzygnięciu konkursu- nie wcześniej jednak niż od dnia 01.07.2024r.
4. Akceptuję 14 dniowy termin płatności.
5. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami umowy (projektem umowy) i nie wnoszę do niego zastrzeżeń \*/(wniosłem wcześniej propozycje zmian\*). W przypadku wybrania mojej oferty podpiszę proponowaną treść umowy.
6. Oferuję wykonanie usług zdrowotnych ogłoszonych w konkursie ofert zgodnie z **Załącznikiem nr 1,**
7. Oświadczam, że uważam się za związanego/ą niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty złożenia oferty.
8. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie OC w zakresie prowadzonej działalności\*/ *lub* oświadczam o zamiarze zawarcia umowy ubezpieczenia OC za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych konkursem ofert, niezwłocznie po zawarciu umowy na świadczenia zdrowotne\*.
9. Oświadczam, że nie jestem:

a) uczestnikiem konkursu, o którym mowa w art. 7 ust. 1ustawy wymienionym w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 lub wpisanym na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy *z* dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę (Dz. U. poz. 835);

b) uczestnikiem konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisaną na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

c) uczestnikiem konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy.

***12.*** Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu i w pozostałych dokumentach załączonych do oferty są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością sankcji związanych z odpowiedzialnością za składanie nieprawdziwych dokumentów lub oświadczeń.

***13.*** Przyjmuję do wiadomości, że ilości świadczeń wskazane w Załączniku nr 1 są szacunkowe. Faktyczne ilości udzielanych świadczeń są uzależnione wyłącznie od potrzeb pacjentów Udzielającego zamówienie.

***14.*** Przyjmuję do wiadomości, że Udzielający zamówienia dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy do 25% na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienia.

**KLAUZULA RODO**

Ja, niżej podpisana/-y oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dostarczonych przeze mnie w formularzu ofertowym i jego załącznikach, przez spółkę Pomorskie Centrum Reumatologiczne im. dr Jadwigi Titz- Kosko w Sopocie Sp. z o.o. – Administratora Danych Osobowych, w celu:

1. wykorzystania podanych przeze mnie dobrowolnie danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w spółce Pomorskie Centrum Reumatologiczne im. dr Jadwigi Titz- Kosko w Sopocie Sp. z o.o. z siedzibą w Sopocie, na jakie złożyłem/am ofertę konkursową zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych\*\*.

TAK

NIE

.................................................. ......................................................................

data złożenia oświadczenia podpis osoby składającej oświadczenie

Potwierdzam poprawność podanych powyżej moich danych osobowych i dobrowolność ich przekazania.

...................................................................................................

Data i podpis oferenta lub upoważnionego przedstawiciela

*\*) niewłaściwe skreślić*

*\*\*) Niewyrażenie zgody wiąże się z niemożliwością wzięcia udziału w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich*

...........................................

miejscowość, data

Załącznik Nr 3

**Liczba, kwalifikacje i doświadczenie zawodowe osób udzielających**

**świadczeń zdrowotnych objętych ofertą**

/sporządza samodzielnie oferent/

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Osoby udzielające świadczeń**  *(imię i nazwisko)* | **Kwalifikacje**  **Zawodowe poszczególnych osób** wykazujące spełnienie warunków oraz specjalizację, o ile oferent posiada  *(należy załączyć dokumenty)* | **Doświadczenie w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych, będących przedmiotem oferty**  *(przebieg zatrudnienia)* |
|  |  |  |  |

......................................................................................................

Data i podpis oferenta lub jego upoważnionego przedstawiciela