Załącznik Nr 1 do MI
Konkurs: DPK.503.118.2026

Formularz oferty

I. Instrukcja dla Oferenta :

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany, jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczętowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów wymienionych w Rozdziale I pkt. 10 MI.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem" i podpisane przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone w oryginale do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Zaleca się aby wszystkie strony Formularza oferty były parafowane przez Oferenta.

II. Dane Oferenta:

Imię i nazwisko pielęgniarki												
Rodzaj praktyki pielęgniarskiej					**Nr prawa wykonywania zawodu**							
Organ prowadzący rejestr					**Nr księgi rejestrowej**							
Dane kontaktowe												
E-mail					**telefon**				**fax**			
Adres do korespondencji												
Kraj					**Miejscowość**							
Kod pocztowy			**Poczta**									
Ulica					**Nr domu**				**Nr lokalu**			
Działalność gospodarcza												
Nazwa firmy							**Siedziba**					
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)				-				-			-		

III. Proponowana kwota wynagrodzenia i kryteria oceny punktowej:

A) Kryterium CENA (40% oceny, maksymalnie 40 pkt)
Oferuję wykonanie usług objętych przedmiotem konkursu zgodnie z wymogami określonymi w Materiałach Informacyjnych i szczegółowych warunkach konkursu za cenę:

…….. zł brutto za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych.

B) Kryterium **KWALIFIKACJE (WYKSZTAŁCENIE) (20% oceny, maksymalnie 10 pkt)**

L.p.	Uzyskane kwalifikacje	Właściwe zaznaczyć „x”
1.	Dyplom uzyskania średniego wykształcenia pielęgniarskiego	.....
2.	Dyplom uzyskania tytułu licencjata pielęgniarstwa lub tytułu magistra pielęgniarstwa	.....

Należy zaznaczyć jedną pozycję.

C) Kryterium **DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE (20% oceny, maksymalnie 20 pkt)**

L.p.	Staż udzielania świadczeń zdrowotnych tożsamych z przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego (etat lub kontrakt) trwający:	Właściwe zaznaczyć „x”
1.	Bez doświadczenia i poniżej 3 m-cy	.....
2.	Od 3 m-cy do poniżej 1 roku	.....
3.	1 rok i więcej	.....

Należy zaznaczyć jedną pozycję. Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy.

IV. Oświadczenia:

1. Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert, Materiałami Informacyjnymi i szczegółowymi warunkami konkursu oraz projektem umowy, akceptuję ich treść oraz nie wnoszę zastrzeżeń.
2. **Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia, w okresie objętym okresem związania ofertą. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku bezzasadnej odmowy podpisania umowy poniosę wobec Udzielającego zamówienia odpowiedzialność odszkodowawczą z tego tytułu.**
3. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, wymagane Materiałami Informacyjnymi i szczegółowymi warunkami konkursu.
4. Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
5. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty.
6. Zobowiązuję się do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w

dniach i godzinach wyznaczonych przez Udzielającego zamówienia.

7. Posiadam ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej / zawrę umowę odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie podpisania umowy*.
8. Posiadam ubezpieczenie NNW / zawrę umowę ubezpieczenia NNW i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie podpisania umowy*.
9. Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym i ZUS-em.
10. Zgłosiłam/-łem swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.
11. Oświadczam, że nie byłam/-em karana/-y za przewinienia/przestępstwa umyślne.
12. Oświadczam, że w WSzS w Białej Podlaskiej świadczę pracę/nie świadczę pracy*) na podstawie stosunku pracy w zakresie tożsamym z przedmiotem konkursu. W przypadku pozostawania w zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy w zakresie pokrywającym się z przedmiotem konkursu, oświadczam, że z chwilą podpisania umowy o świadczenie usług zdrowotnych złożę w wniosek o rozwiązanie łączącej mnie z WSzS w Białej Podlaskiej umowy za porozumieniem stron.

V. Deklaruję następującą liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich w:

……..…….. w wysokości: …… godzin w miesiącu.
(nazwa komórki organizacyjnej)

Minimalna liczba godzin wymagana przez Udzielającego Zamówienie to 168 godzin miesięcznie.

Miejscowość ..... data.....

.....……
(podpis Oferenta lub osoby upoważnionej)

* niepotrzebne skreślić

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. ……..
2. ……..
3. ……..
4. …….
5. ……..
6. ……..
7. …….
8. ……..
9. ……..
10. …….

Załączniki:

Załącznik nr 1 – Oświadczenie - przebieg pracy zawodowej tożsamej z przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego (doświadczenie zawodowe)