

## 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 opieczetowany 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 opiekuna medycznego  |  |        |  |                             |  |  |  |           |  |  |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |
|                                      |  |        |  |                             |  |  |  |           |  |  |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |
| Rodzaj praktyki                      |  |        |  |                             |  |  |  |           |  |  |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |
|                                      |  |        |  |                             |  |  |  |           |  |  |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |
| Organ prowadzący rejestr             |  |        |  | Indywidualny nr w rejestrze |  |  |  |           |  |  |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |
| Dane kontaktowe                      |  |        |  |                             |  |  |  |           |  |  |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |
| E-mail                               |  |        |  | telefon                     |  |  |  | fax       |  |  |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |
| Adres do korespondencji              |  |        |  |                             |  |  |  |           |  |  |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |
| Kraj                                 |  |        |  | Miejscowość                 |  |  |  |           |  |  |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |
| Kod pocztowy                         |  | Pocztą |  |                             |  |  |  |           |  |  |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |
| 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 zawodowy w zawodzie opiekun medyczny lub dokument (świadectwo/dyplom/certyfikat) potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny                      | .....                  |
| 2.   | Rozpoczęcie po dniu 31 sierpnia 2021r. szkoły policealnej publicznej i uzyskanie dyplomu zawodowego w zawodzie opiekun medyczny lub posiadanie kwalifikacji w zakresie MED.14 | .....                  |

#### 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. Przyjmuje 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/-em 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<sup>\*)</sup> 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 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)