

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 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		Pocza																				
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 pielęgniarского	
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. 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/-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 pielęgnarskich 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)