**FORMULARZ OFERTOWY**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie obsługi pielęgniarskiej podczas poboru krwi – ZPU 6/2022.**

**DANE OFERENTA:**

**Nazwa praktyki pielęgniarskiej/ Imię i nazwisko1 / Nazwa podmiotu:**

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

Nr REGON[[1]](#footnote-1)…...…….…………….……… NIP1……………………………….……………

Nr ewidencyjny PESEL[[2]](#footnote-2): ………………………………………

Nr telefonu kontaktowego:………………….……… adres e-mail: ……………..…………….

**Adres siedziby praktyki pielęgniarskiej / zamieszkania2 / podmiotu:**

Kod pocztowy: ……………………..……………………..……………………………….……

Miejscowość: ……………………….…………………………………………………………..

Gmina/dzielnica: ……………………..…………………………………………………………

Ulica/nr domu/nr lokalu: ……………………..…………………………………………………

Nazwa banku, nr konta[[3]](#footnote-3): ……...………………………………………………………………...

**Imię i nazwisko pielęgniarki/pielęgniarza, który będzie udzielał świadczeń zdrowotnych4**: ……………………………….

**Nr prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza i data wydania** ……………………………….

**Nr wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą** …………………

…………………………………. ……... …………………………..

*miejscowość i data podpis Oferenta*

**OFERTA SZCZEGÓŁOWA**

1. Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z treścią zaproszenia  
   Nr sprawy ZPU 6/2022.
2. Oferowane miejsca i wysokość wynagrodzenia za godzinę udzielania świadczeń\*:

|  |  |
| --- | --- |
| **Miejsce wykonywania świadczeń** | **Oferowana cena za 1 godz.** |
| RCKiK w Opolu |  |
| T.O. Brzegu |  |
| T.O. Nysa |  |
| T.O. Kędzierzyn -Koźle |  |
| T.O. Kluczbork |  |
| Ekipy wyjazdowe - powiat brzeski |  |
| Ekipy wyjazdowe - powiat głubczycki |  |
| Ekipy wyjazdowe - powiat kędzierzyńsko-kozielski |  |
| Ekipy wyjazdowe - powiat kluczborski |  |
| Ekipy wyjazdowe - powiat krapkowicki |  |
| Ekipy wyjazdowe - powiat namysłowski |  |
| Ekipy wyjazdowe - powiat nyski |  |
| Ekipy wyjazdowe - powiat oleski |  |
| Ekipy wyjazdowe - powiat opolski |  |
| Ekipy wyjazdowe - powiat prudnicki |  |
| Ekipy wyjazdowe - powiat strzelecki |  |
| Ekipy wyjazdowe - miasto opole |  |

*\*należy wypełnić tylko pola dotyczące miejsc, w których oferent oferuje udzielenia świadczeń*

1. Świadczenia, o których mowa w pkt. 1 będę świadczyć w terminach i miejscach wzajemnie uzgodnionych z Udzielającym zamówienie w okresie trwania umowy.

…………………………………. ……... …………………………..

*Miejscowość i data podpis Oferenta*

1. Świadczenia zdrowotne będą świadczone w okresie **od 01.03.2022 r.** do **29.02.2024 r. (24 m-ce)**

…………………………………. ……... …………………………..

*Miejscowość i data podpis Oferenta*

**Oświadczenie oferenta**

Oświadczam, że:

posiadam aktualną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez działanie lub zaniechanie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych,

zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej  
w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych najpóźniej w terminie 7 dni od dnia podpisania umowy.

…………………………………. ……... …………………………..

*Miejscowość i data podpis Oferenta*

**Oświadczenie oferenta**

Oświadczam, że:

1. uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 14 dni od upływu terminu składania ofert,
2. oświadczam, że stan zdrowia osób udzielających świadczeń zdrowotnych pozwala im na pracę w charakterze pielęgniarki/pielęgniarza, na zdeklarowanym stanowisku.
3. stan prawny określony w dokumentach załączonych do niniejszej oferty nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
4. oświadczam, iż Oferent wyraża zgodę na przetwarzanie przez Udzielającego zamówienia informacji zawierających dane osobowe oraz, że poinformował pisemnie   
   i uzyskał zgodę każdej osoby, której dane osobowe są podane w ofercie oraz dokumentach składanych wraz z niniejszą ofertą lub będą podane w oświadczeniach i dokumentach złożonych przez Wykonawcę w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia.

…………………………………. ……... …………………………..

*miejscowość i data podpis Oferenta*

**Załącznikami do niniejszej oferty są:**

1. …………………………………………………………………………….
2. …………………………………………………………………………….

1. *Dotyczy tylko osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą oraz podmiotów posiadających osobowość prawną* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Dotyczy tylko osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej* [↑](#footnote-ref-2)
3. *Wykonawca przy realizacji Umowy zobowiązuje posługiwać się rachunkiem rozliczeniowym, o którym mowa w art. 49 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo Bankowe (tekst jedn.: Dz.U. z 2019 r. poz. 2357) zawartym w wykazie podmiotów, o którym mowa w art. 96b ust. 1 Ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (tekst jedn.: Dz.U. z 2020 r. poz. 106)*

   *4Jeśli świadczeń zdrowotnych będzie udzielało więcej niż jedna osoba proszę podać dane (imię, nazwisko, nr prawa wykonywania zawodu i datę wydania oraz nr wpisu do RPWDL) każdej z nich.* [↑](#footnote-ref-3)