

.....  
(Pieczęć oferenta/ imię i nazwisko)

## FORMULARZ OFERTOWY

### I. INFORMACJE O OFERENCIE (WYPEŁNIA SKŁADAJĄCY OFERTE):

1. Nazwa i adres praktyki\*/ imię i nazwisko

.....

Reprezentowana przez:.....

2. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą\*.....

3. NIP.....\* REGON.....\* PESEL.....

4. Telefon..... adres e-mail.....

5. Numer prawa wykonywania zawodu .....

6. Dyplom ukończenia (Liceum, Technikum, Szkoła wyższa).....

7. Uzyskany tytuł.....

8. Dziedzina specjalizacji .....

9. Kurs Kwalifikacyjny z zakresu.....

10. Dodatkowe kwalifikacje niezbędne przy udzielaniu świadczeń w wybranym poniżej zakresie.....

.....

### II. PRZEDMIOT OFERTY (ZAZNACZYĆ „X”)

#### Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

L.P.	NAZWA ŚWIADCZENIA	WYBÓR	
		<u>TAK</u>	<u>NIE</u>
<u>1.</u>	Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgniarstwa wg stawki godzinowej w oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii		
<u>2.</u>	Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgniarstwa wg stawki godzinowej w Bloku Operacyjnym		
<u>3.</u>	Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgniarstwa/ratownictwa wg stawki godzinowej w poradniach specjalistycznych		
<u>4.</u>	Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgniarstwa/ratownictwa wg stawki godzinowej w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Urologii		
	Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgniarstwa/ratownictwa wg stawki godzinowej w Oddziale Internistyczno-Kardiologicznym		
	Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgniarstwa/ratownictwa wg stawki godzinowej w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej		

### III. OFEROWANE STAWKI ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE OBJĘTE POSTĘPOWANIEM KONKURSOWYM

<u>L.P.</u>	<u>NAZWA ŚWIADCZENIA</u>	<u>WYNAGRODZENIE</u>	
		<u>kwota</u>	<u>INNY</u> <u>(podać jaki)</u>
<u>1.</u>	Udzielanie świadczeń zdrowotnych brutto za 1 godzinę.		
<u>2.</u>	Deklarowana liczba godzin świadczenia usług w miesiącu .....	<u>xxxxxxxxxxx</u>	<u>xxxxxxxxxxx</u>

### IV. OŚWIADCZENIE OFERENTA:

Niniejszym oświadczam, że:

1. Zapoznałem/-łam się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi warunkami Konkursu Ofert (SWKO) oraz warunkami przyszłej umowy i warunki te przyjmuje bez zastrzeżeń.
2. W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych  
w zakresie udzielonego zamówienia i na zasadach określonych szczegółowymi warunkami konkursu ofert.
3. Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 15 dni o daty terminu składania ofert oraz zobowiązuje się do podpisania umowy w terminie określonym przez Zamawiającego.
4. Ofertę niniejszą składam na ..... kolejno ponumerowanych stronach.
5. Załącznikami do niniejszego formularza oferty, stanowiącymi integralną część oferty są:
  - a) wpis do ewidencji działalności gospodarczej\*;
  - b) wpis do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarskich\*;
  - c) umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej;
  - d) dyplom ukończenia szkoły/ studiów;
  - e) prawo wykonywania zawodu\*;
  - f) dyplomy potwierdzające kwalifikacje;
  - g) zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza medycyny pracy w tym badania epidemiologiczne;
  - h) zaświadczenie o odbytych szkoleniach z zakresu BHP,
  - i) zaświadczenie o niekaralności wobec nieletnich (dot. poradni specjalistycznych oraz NiSOZ)

\* dotyczy prowadzących działalność gospodarczą

.....  
(Podpis i pieczęć oferenta)

KO\_10/2026

Niniejszym oświadczam, iż dokumenty potwierdzające kwalifikacje oraz dane identyfikacyjne uprzednio złożone a znajdujące się w posiadaniu Udzielającego zamówienie, wykazane w Dziale Kadr i Płac Szpitala Międzyrzeckiego Sp. z o.o. w Międzyrzeczu - są nadal aktualne. W przypadku zmian zobowiązuje się dostarczyć aktualne dokumenty.

.....  
(Podpis i pieczęć oferenta)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów ogłoszonego konkursu (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r. tj. Dz. U. 02 nr 101 poz. 926 z późn. zm.)

.....  
(Podpis i pieczęć oferenta)