

.....
(miejscowość, data)

Pieczęć Oferenta:

Szpital Wojewódzki im. Prymasa
Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Sieradzu
ul. Armii Krajowej 7
98-200 Sieradz

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie żywienia pozajelitowego pacjentów w warunkach domowych

1) Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą

.....
.....

2) Imię.....

3) Nazwisko.....

4) PESEL.....

5) Nr prawa wykonywania zawodu.....

6) NIP.....REGON.....

7) Adres zamieszkania

.....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania).....

.....

8) Tel. Kontaktowy

II. Kwalifikacje zawodowe Oferenta:

Lekarze medycyny:

- Specjalista lub specjalizacja II stopnia ☐
- Specjalizacja I stopnia ☐
- Odbywanie specjalizacji ☐

Pielęgniarki/Pielęgniarze:

- Posiadanie tytułu magistra z zakresu pielęgniarstwa ☐
- Posiadanie tytułu licencjata z zakresu pielęgniarstwa ☐
- Ukończone Studium/Liceum Medyczne z zakresu pielęgniarstwa ☐
- Posiadanie tytułu specjalisty pielęgniarstwa ☐

III. Doświadczenie w pracy/udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym procedurą konkursową, w zakresie:

- a) 1-5 lat ☐
- b) 6-15 lat ☐
- c) powyżej 15 lat ☐

IV. Proponowana stawka za udzielanie świadczeń:

✓ cenę brutto.....zł za 1 dzień za 1 pacjenta objętego opieką

V. Proponowana liczba pacjentów objętych opieką w zakresie żywienia pozajelitowego:

- a) 1-10 ☐
- b) 11-20 ☐
- c) powyżej 20 ☐

VI. Wyrażam zgodę na zawarcie umowy na okres 24 miesięcy.

VII. Oświadczenie Oferenta:

- Oświadczam, że zapoznałem się z przedmiotem postępowania o udzielanie określonych świadczeń opieki zdrowotnej, treścią ogłoszenia o konkursie, SWKO, kryteriami oceny ofert, warunkami wymaganymi od świadczeniodawców oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
- Wyrażam zgodę na udostępnienie i przetwarzanie danych osobowych dla celów przeprowadzanego konkursu o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.

- Oświadczam, że w okresie ostatnich trzech lat poprzedzających termin składania ofert w niniejszym postępowaniu konkursowym, nie rozwiązano ze mną w trybie natychmiastowym umowy na świadczenia zdrowotne realizowane w przedsiębiorstwie będącym podmiotem leczniczym lub Zakładem Opieki Zdrowotnej w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2026 r. poz. 156) z przyczyn leżących po mojej stronie, w związku z nienależytym wykonywaniem przeze mnie zobowiązania.
- Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu ofertowym obejmuje wszystkie koszty jakie Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie ponieść w związku ze zleconym wykonaniem przedmiotu zamówienia, tj. koszty dojazdu, koszty przeszkolenia w szczególności w zakresie bhp o ppoż. badań profilaktycznych (w tym do celów sanitarno-epidemiologicznych*), koszty ubioru zgodnie z wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Udzielającego zamówienia.
- Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dla osób wykonujących swoje obowiązki na podstawie umów cywilnoprawnych (dostępna na stronie internetowej szpitala: <https://szpitale.lodzkie.pl/sieradz> w zakładce RODO).
- Oświadczam, że zostałem poinformowany o możliwości zapoznania się na stronie <https://szpitalsieradz.pl/sygnalisci-5937> z procedurą PO/71 Zgłaszanie wewnętrznych przypadków nieprawidłowości oraz ochrony osób dokonujących zgłoszeń, obowiązującą w Szpitalu Wojewódzkim im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu.

.....

(data złożenia oświadczenia)

.....

(pieczęć i czytelny podpis oferenta)

**WSZYSTKIE SKŁADANE W OFERCIE ZAŁĄCZNIKI WINNY BYĆ POTWIERDZONYMI
ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM KOPIAMI WYMAGANYCH DOKUMENTÓW**

załączniki:

1. kopia wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, * */*
2. wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej lub aktualne zaświadczenie o wpisie do KRS ***/**/*
3. kopie dokumentów (dyplom ukończenia Uniwersytetu/Akademii Medycznej, prawo wykonywania zawodu lekarza, posiadanych specjalizacji)* * lub przedłożenie wykazu osób uczestniczących przy realizacji zamówienia z podaniem kwalifikacji,*
4. kserokopia polisy OC lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy * * */**/*
5. kopia certyfikatu jakości ISO 9001 *
6. zaświadczenia z przeszkolenia w zakresie bhp i p.poz **/***
7. kopia akredytacji *
8. kopia skierowania na badania lekarskie (wstępne okresowe kontrolne) oraz aktualnego zaświadczenia od lekarza profilaktyka o braku przeciwwskazań do udzielania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych oraz aktualnego zaświadczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych lub złożenie oświadczenia o przedłożeniu zaświadczeń do dnia rozpoczęcia działalności* */***

9. Pełnomocnictwo do podpisania i złożenia oferty wraz z wszystkimi załącznikami*
1. 14.Zaświadczenie z Krajowego Rejestru Sądowego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189 a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2025 r. poz. 383 oraz z 2023 r. poz. 1939) ***/**/*

* * * Dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą

* * Dotyczy indywidualnych/ indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich

* Dotyczy podmiotów leczniczych.