Załącznik nr 3
do Zarządzenia nr 202/2022
Dyrektora SP ZOZ Nr 1 w Rzeszowie
z dnia 09.12.2022 r.

Pieczęć Firmowa Oferenta

OFERTA – Formularz ogólny

SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 1
W RZESZOWIE
35-051 RZESZÓW
UL. CZACKIEGO 3

UWAGA !

Wypełnia w całości i podpisuje Oferent.

Pełna nazwa Oferenta:

Imię i nazwisko lub nazwa: .....

.....

Posiadający prawo wykonywania zawodu nr: .....,

wydane przez: .....

Wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod nr: .....

prowadzonego przez: .....

Wpisanym do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej pod nazwą:

.....

.....

Adres Oferenta :

Kod pocztowy ..... miejscowość.....

ul. ..... nr.....

tel. ..... fax.....

Bank.....

Nr konta .....

NIP..... REGON.....

I. 1. Zgłaszam gotowość złożenia oferty w konkursie ofert dot. zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne z zakresu pielęgniarstwa dla potrzeb Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Bloku Operacyjnego oraz innych komórek organizacyjnych Szpitala Miejskiego im. Jana Pawła II w Rzeszowie tj.:

- uczestnictwo w przeprowadzaniu znieczulenia i wyprowadzaniu pacjenta ze znieczulenia - w sposób odpowiedni do jego rodzaju - pacjentów operowanych oraz poddawanych badaniom i zabiegom w Szpitalu Miejskim im. Jana Pawła II w Rzeszowie,
- uczestnictwo w przeprowadzaniu procedury znieczulenia i wyprowadzaniu ze znieczulenia - w sposób odpowiedni do jego rodzaju -pacjentów biorących udział w programie wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców miasta Rzeszowa.
- uczestnictwo w przeprowadzaniu procedury znieczulenia i wyprowadzaniu ze znieczulenia - w sposób odpowiedni do jego rodzaju - pacjentów poddawanych badaniom w Pracowni Endoskopii.
- wykonywanie wszystkich czynności zawodowych zgodnie z obowiązującymi procedurami, standardami, przepisami,
- dbałość o wysoką jakość, rzetelność i dynamikę czynności zawodowych odpowiednio do sytuacji klinicznej;

2. Proponuję kwotę należności z tytułu:
….....zł. brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych.

II. Imię, nazwisko i kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych:

a) .....
b) .....
c) .....
d) .....
e) .....

III. Oferent oświadcza, iż:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Warunkami konkursu ofert" oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń, w przypadku przyjęcia oferty deklaruje gotowość podpisania umowy niezwłocznie od daty rozstrzygnięcia postępowania.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Bloku Operacyjnym oraz w innych komórkach organizacyjnych Szpitala Miejskiego w Rzeszowie, tj. w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.

3. Posiada wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz prowadzi działalność gospodarczą wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej zgodnie z danymi wymienionymi na wstępie niniejszej oferty.
4. Posiada kwalifikacje i uprawnienia konieczne do wykonywania zadań będących przedmiotem zamówienia.
5. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
6. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) zgodnie z obowiązującymi przepisami. (Zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc w terminie określonym w umowie).
7. Oświadcza, iż w okresie 5 lat poprzedzających dzień rozstrzygnięcia niniejszego postępowania konkursowego SP ZOZ Nr 1 w Rzeszowie nie **rozwiązał / rozwiązał*** z nim umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.
8. Deklaruje liczbę godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w ilości ..... godzin w miesiącu w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w Bloku Operacyjnym oraz w innych komórkach organizacyjnych Szpitala Miejskiego w Rzeszowie.
9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami.
10. W przypadku nie rozstrzygnięcia konkursu z powodu wysokości stawek wynagrodzenia zgłasza gotowość do przeprowadzenia negocjacji cenowych.
11. Spełnia wszystkie wymagania zawarte w warunkach uczestnictwa w postępowaniu i przyjmuje je bez zastrzeżeń.

Załączniki do oferty :

1	Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz warunków konkursowych,	-	załącznik nr 1
2	Decyzja o wpisie do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą/księga rejestrowa	-	załącznik nr 2
3	Kwalifikacje zawodowe – uwierzytelniona kserokopia: dyplomu ukończenia studiów, dyplomu specjalizacji, prawa wykonywania zawodu	-	załącznik nr 3
4	Skrócony przebieg pracy	-	załącznik nr 4
5	Warunki i miejsce udzielanych świadczeń	-	załącznik nr 5
6	Oświadczenie o pozostawaniu w dyspozycyjności	-	załącznik nr 6
7	Proponowany czas trwania umowy	-	załącznik nr 7
8	Zaświadczenie o wpisie do CEIDG	-	załącznik nr 8

data .....

.....
Pieczątka i podpis Oferenta