***Nr postępowania: K/7/2025 Załącznik nr 1***

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług pielęgniarskich na rzecz pacjentów,   
w oddziałach Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia   
im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie**

**NAZWA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:**

Imię i Nazwisko:…………………….……………………………….…………………………………….…..…….

Firma *(jeśli dotyczy)*:………………………………………………………………………………………………….…

Adres: …………………………………………………………………………………………………………….….

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

telefon: …………………………….……… e-mail: ………………………………..………………………….……

NIP*(jeśli dotyczy)*: …………………………REGON *(jeśli dotyczy)*: ……….…………..…PESEL ………………………

Nr prawa wykonywania zawodu: .…............................................................................................................................

Nr indywidualnej praktyki pielęgniarskiej *(jeśli dotyczy)*: ................................................................................................

**OFERUJĘ UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PIELĘGNIARSKICH   
W LOKALIZACJI PRZY UL. PARTYZANTÓW 2/4, 05-802 PRUSZKÓW**

**W ZAKRESIE:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zakres** | **Wymagania** | **Oferowana liczba godzin miesięcznie** | **Wynagrodzenie za godzinę** |
| **Zakres I** | Kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki zgodnie z obowiązującymi przepisami i staż pracy minimum 12 miesięcy w szpitalu |  |  |
| **Zakres II** | Kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki zgodnie z obowiązującymi przepisami |  |  |
| Ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego /geriatrycznego\* lub w trakcie tzn. przynajmniej **8 miesięcy** od rozpoczęcia specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego / geriatrycznego\*, lub magister pielęgniarstwa |
| Staż pracy powyżej 1 roku w dziedzinie psychiatrii |
| **Zakres III** | Kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki zgodnie z obowiązującymi przepisami |  |  |
| Magister pielęgniarstwa i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego/geriatrycznego\* |
| Staż pracy powyżej 5 lat w dziedzinie psychiatrii |
| **Zakres IV** | **Dla osób bez działalności gospodarczej**  Kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki zgodnie z obowiązującymi przepisami |  |  |

**\***praca w oddziale psychogeriatrycznym

**Uwaga:**

1. Wynagrodzenie należy podać w złotych polskich cyfrowo. Ceną oferty jest stawka za 1 godzinę świadczenia usługi brutto.
2. Stawka uwzględnia wynagrodzenie przewidziane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2020 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów   
   o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2020.545).

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert, SWKO oraz projektem umowy, akceptuję ich treść oraz nie wnoszę zastrzeżeń.
2. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, w tym Prawo Wykonywania Zawodu bez ograniczeń (jeśli dotyczy), które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty (kserokopie) oraz wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zaświadczenie/wyciąg/wydruk   
   z systemu z aktualnej księgi rejestrowej) - (jeśli dotyczy).
3. Posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi, niezbędną wiedzę i doświadczenie, oraz pozostaję w sytuacji zapewniającej należyte wykonanie zamówienia.
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 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. Zgłosiłam/-łem swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia   
   z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego Oraz Samodzielnie rozliczam się   
   z Urzędem Skarbowym i ZUS-em dotyczy zakresu I, II, III.
8. Posiadam ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej/ zawrę umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w dniu zawarcia umowy\*.
9. Posiadam aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy/zaświadczenie lekarskie o braku przeciwskazań   
   i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych na stanowisku pielęgniarki/pielęgniarza / zobowiązuję się do dostarczenia kserokopii stosownych zaświadczeń lekarskich w dniu zawarcia umowy\*.
10. Posiadam orzeczenie lekarskie z badania przeprowadzonego do celów sanitarno-epidemiologicznych/ zobowiązuję się do dostarczenia kserokopii stosownych zaświadczeń lekarskich w dniu zawarcia umowy\*.
11. Posiadam dokument potwierdzający ukończenie kursu BHP/ zobowiązuję się do dostarczenia kserokopii dokumentu potwierdzającego ukończenie kursu BHP w dniu zawarcia umowy\*.
12. Oświadczam, że nie byłam/-em karana/-y za przewinienia/przestępstwa umyślne.
13. Oświadczam, że w Mazowieckim Specjalistycznym Centrum Zdrowia w Pruszkowie świadczę pracę/nie świadczę pracy\* na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *…………………………………*  *(miejscowość, data)* | *…………………………………………………*  *(podpis Przyjmującego Zamówienie lub*  *upoważnionego przedstawiciela)* |

*\*) niepotrzebne skreślić*