Załącznik nr 2

do Zarządzenia Nr 38/2025

Dyrektora Powiatowego Szpitala Specjalistycznego

w Stalowej Woli

**FORMULARZ OFERTOWY**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z zasadami wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej

w oddziale\*) , poradni \*), pracowni diagnostycznej \*), Szpitalnym Oddziale Ratunkowym\*), POZ \*), bloku operacyjnym\*) Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli

1. Dane o Oferencie:

Imię i Nazwisko/ Nazwa Oferenta ............................................................................................................

PESEL: ..............................................

................................................................................................................................................................

(staż pracy, posiadane specjalizacje – stopień)

Firma przedsiębiorcy: ...............................................................................................................................

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

Adres miejsca wykonywania działalności:....................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................................

Nr księgi rejestrowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: ...............................

wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej.

Nr telefonu; ..............................................................

NIP: ..........................................................................

REGON: ..................................................................

Załączniki do oferty:

1. kserokopia dyplomu pielęgniarki/położnej oraz innych dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje, potwierdzone "za zgodność z oryginałem",
2. kserokopia prawa wykonywania zawodu, potwierdzona "za zgodność z oryginałem",
3. wydruk z CEIDG o prowadzonej działalności gospodarczej,
4. kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej, potwierdzona "za zgodność z oryginałem" (dołączę do dnia zawarcia umowy)\*)
5. wydruk Księgi Rejestrowej potwierdzony "za zgodność z oryginałem",
6. oświadczenie oferenta,
7. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam\*) się z treścią Ogłoszenia oraz Warunkami udzielania świadczeń zdrowotnych w .................................................................................. Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli, w dni powszednie, soboty, niedziele i święta
w godzinach ...................................................... zgodnie z zasadami wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej.

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

 data, podpis i pieczątka Oferenta

1. Oświadczam, że umowę ubezpieczenia zgodnie z art., 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku
o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 roku, poz. 450 ) zawarłem/zawrę\*) dnia ……………………………………

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

 data, podpis i pieczątka Oferenta

1. Oświadczam, że nie jestem: zawieszona(y) w prawie wykonywania zawodu, ani też ukarana(y) karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu, pozbawiona(y) możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu ani też zawieszona(y) w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

 ....................................................

 data, podpis i pieczątka Oferenta

1. Proponowana kwota należności (brutto PLN/godz.) za realizację zamówienia:

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

.............................................................................................................

.............................................................................................................

.............................................................................................................

1. Określenie jakich świadczeń zdrowotnych dotyczy oferta:

Świadczenia zdrowotne udzielane będą pacjentom …............................................................................ Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w godzinach …...................... w dni powszednie oraz …....................... w soboty, niedziele i święta – zgodnie z zasadami wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej, aktualnym stanem wiedzy medycznej, ogólnie przyjętymi zasadami etyki i należytą starannością, przy wykorzystaniu sprzętu, aparatury i innych środków Zamawiającego, niezbędnych do udzielania świadczeń objętych postępowaniem konkursowym.

1. Proponowany czas trwania umowy:

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

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

 data , podpis i pieczątka Oferenta

**Decyzja o przyjęciu lub odrzuceniu oferty**

Oferta została przyjęta / odrzucona \*) .

Wyrażam zgodę na zawarcie umowy na czas …...........................................................
tj. od dnia ….......................................... roku do dnia …..……................................... roku .

Oferta została odrzucona z powodu:…………………………………………………… …...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

 data i podpis Przewodniczącego Komisji Konkursowej

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*) niepotrzebne skreślić**