**Załącznik nr 1 do *Szczegółowych warunków***

Goleniów, dnia .....................

Pieczęć oferenta

**Szpitalne Centrum Medyczne w Goleniowie spółka z o.o.**

**Ul. Nowogardzka 21**

**72-100 Goleniów**

**FORMULARZ OFERTOWY**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

1. **DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA:**
2. Nazwa Oferenta[[1]](#footnote-1) ...........................................................................................................

……………………………………………………………………………………………….

1. Siedziba Oferenta[[2]](#footnote-2) ...........................................................................................................

………………………………………………………………………………………

1. Nazwisko[[3]](#footnote-3) .......................................................................................................................
2. Imiona[[4]](#footnote-4) ........................................................................................................................
3. Adres zamieszkania[[5]](#footnote-5) .......................................................................................................
4. Nazwa wykonywanej praktyki[[6]](#footnote-6) .....................................................................................
5. Siedziba praktyki (adres)[[7]](#footnote-7) ...............................................................................................
6. Nr wpisu do rejestru Okręgowej Izby Pielęgniarek i położnych[[8]](#footnote-8) ..........................................................
7. Nr wpisu do rejestru właściwego wojewody[[9]](#footnote-9) ……………………………………………..
8. Nr wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/lub KRS[[10]](#footnote-10) ..............................
9. nr tel./fax. ……………………...……………………………………………………………
10. Adres e-mail .....................................................................................................................
11. NIP ..................................................................................................................................
12. Regon[[11]](#footnote-11)............................................................................................................................
13. **OKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM OFERTY**
14. Rodzaj świadczeń – udzielanie świadczeń położniczych
15. Zakres świadczeń (należy zaznaczyć **wyłącznie jeden** z poniższych zakresów świadczeń opisanych w ogłoszeniu o konkursie ofert)
16. świadczenia określone w **lit. a** ogłoszenia o konkursie ofert
17. świadczenia określone w **lit. b** ogłoszenia o konkursie ofert
18. świadczenia określone **w lit. c** ogłoszenia o konkursie ofert
19. **OPIS KOMPETENCJI:**

1) W przypadku, gdy oferentem jest podmiot leczniczy:

Lista imienna położnych, którzy wykonywać będą w imieniu oferenta (podmiotu leczniczego) świadczenia zdrowotne w Szpitalnym Centrum Medycznym w Goleniowie wraz ze wskazaniem ich tytułów zawodowych, nr prawa wykonywania zawodu, posiadanej specjalności (dziedzina specjalności, stopień specjalności), certyfikatów lub dyplomów potwierdzających nabycie przez położne specjalności wskazania dziedziny w jakiej położna odbywa specjalizację, roku trwania specjalizacji, w przypadku położnych posiadających w innym państwie prawo wykonywania zawodu położnej – informacje o złożeniu wniosku o wydanie decyzji, o której mowa w, informacje o statusie postępowania administracyjnego, wydanych decyzjach i ewentualnym przyznaniu przez okręgową radę pielęgniarek i położnych prawa wykonywania zawodu:

a) ………………………………………………………;

b) ……………………………………………………….;

c) ……………………………………………………….;

d) ………………………………………………………..;

2) W przypadku gdy oferentem jest położna prowadzący praktykę zawodową:

1. Tytuł zawodowy ..............................................................................................................
2. Nr prawa wykonywania zawodu .....................................................................................
3. Nazwa uczelni/szkoły i kierunek ukończonych studiów/szkoły oraz Nr dyplomu uczelni/ szkoły...............................................................................................................................
4. Posiadana specjalizacja:
5. dziedzina specjalizacji .................................................................................................
6. stopień specjalizacji .....................................................................................................
7. nr dyplomu ...................................................................................................................
8. Posiadane dodatkowe umiejętności i kwalifikacje (kursy, szkolenia potwierdzone zaświadczeniem/ certyfikatem lub innym dokumentem) ................................................
9. w przypadku położnych posiadających prawo wykonywania zawodu w innym państwie – informacje (Oświadczenie) o złożeniu wniosku o wydanie decyzji przez MZ, o której mowa w art.35a ust 7 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, informacje o statusie postępowania administracyjnego, wydanych decyzjach i ewentualnym przyznaniu przez okręgową radę pielęgniarek i położnych prawa wykonywania zawodu – .................................................................................................
10. **HARMONOGRAM PRACY LUB OGÓLNA DOSTĘPNOŚĆ GODZINOWA:**
11. ilość dni i godzin pracy w tygodniu :

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

1. **OFERTA CENOWA:**
2. rodzaj jednostki rozliczeniowej ………………………………………………………

jednostka rozliczeniowa dotyczy jednej osoby (asystent /położna) - w przypadku wskazania więcej niż jedna osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych kwotę wskazana będzie pomnożona godzina/ ilość osób faktycznie udzielających świadczeń)

1. wynagrodzenie brutto za jednostkę rozliczeniową – należy wskazać wynagrodzenie brutto za jednostkę rozliczeniową w zależności od zakresu świadczeń będących przedmiotem oferty
2. w przypadku złożenia oferty obejmującej świadczenia określone w **lit. a** ogłoszenia o konkursie ofert

* wynagrodzenie brutto za jednostkę rozliczeniową – ……………………… (świadczenia określone w **lit. a** ogłoszenia o konkursie ofert)

1. w przypadku złożenia oferty obejmującej świadczenia określone **w lit. b** ogłoszenia o konkursie ofert

* wynagrodzenie brutto za jednostkę rozliczeniową – ………………… (świadczenia określone w **lit. b** ogłoszenia o konkursie ofert)

1. w przypadku złożenia oferty obejmującej świadczenia określone **w lit. c** ogłoszenia o konkursie ofert

* wynagrodzenie brutto za jednostkę rozliczeniową – ……………………… (świadczenia określone w **lit. c** ogłoszenia o konkursie ofert) z uwzględnieniem udzielania świadczeń jako
* ca) asystent ………………..
* cb) położna …………………….

1. **INNE INFORMACJE MOGĄCE MIEĆ ZNACZENIE PRZY UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH:**

……………………………………………………………………………………..

1. **WNOSZĘ O WPISANIE DO UMOWY NUMERU RACHUNKU BANKOWEGO:**

………………………………………………………………

1. **OFERENT OŚWIADCZA:**
   * 1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz ze wszystkimi informacjami zawartymi w Szczegółowych warunkach konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych Szpitalnego Centrum Medycznego w Goleniowie spółka z o.o.
     2. będę wykonywał świadczenia objęte umową z Szpitalnym Centrum Medycznym w Goleniowie sp. z o.o. w lokalach i pomieszczeniach oraz przy pomocy sprzętu i aparatury Szpitala,
     3. posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych złożoną ofertą[[12]](#footnote-12);
     4. spełniam inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
     5. posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy OC do dnia zawarcia umowy\*;
     6. dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
     7. w przypadku akceptacji złożonej przeze mnie oferty i ewentualnie po przeprowadzonych negocjacjach zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartych w dokumentach konkursu, w tym szczegółowym opisem przedmiotu postępowania w miejscu i terminie określonym przez Szpitalne Centrum Medyczne w Goleniowie spółka z o.o..
2. **DO FORMULARZA OFERTOWEGO NALEŻY ZAŁĄCZYĆ:**

1) kopie dokumentów potwierdzających kompetencje oferenta/ położnej wykonujących świadczenia w imieniu oferenta tj.:

a) dyplom ukończenia studiów/szkoły

b) prawo wykonywania zawodu

c) dokumenty potwierdzające uzyskane kwalifikacje (dyplom specjalizacji, certyfikaty, zaświadczenia ukończenia kursów specjalizacyjnych, kwalifikacyjnych oraz inne dokumenty potwierdzające uzyskane kompetencje, szczepienia)

d) dokumenty potwierdzające złożeniu wniosku o wydanie decyzji, o której mowa w art 35 a ust 17 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, wydane decyzje oraz potwierdzenie przyznania przez okręgową radę pielęgniarek i położnych prawa wykonywania zawodu[[13]](#footnote-13)

2) kopie dokumentów rejestracyjnych oferenta[[14]](#footnote-14):

a) wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez właściwego wojewodę[[15]](#footnote-15) /zaświadczenie z rejestru praktyk zawodowych prowadzonego przez właściwą radę okręgowej izby pielęgniarskiej[[16]](#footnote-16) ;

b) wydruk wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub do Krajowego Rejestru Sądowego;

3) zaświadczenie o nadaniu numeru Regon[[17]](#footnote-17);

4) zaświadczenie o nadaniu numeru NIP;

5) oryginał pełnomocnictwa lub kopię poświadczoną notarialnie w przypadku, o którym mowa w § 5 ust. 5 Szczegółowych warunków.

……………………………

podpis oferenta

\*zaznaczyć właściwe

**Załącznik nr 2 do *Szczegółowych warunków***

## OZNACZENIE OFERTY/ UZUPEŁNIENIA OFERTY/ WYCOFANIA OFERTY

|  |
| --- |
| **Szpitalne Centrum Medyczne w Goleniowie sp. z o.o.**  **OFERTA: Konkurs ofert 2022-2024 (rok)**  **.......................................................................................................................................**  (nazwa rodzaju i zakresu świadczeń będącego przedmiotem postępowania - zgodnie z ogłoszeniem o konkursie ofert) |
| (pełna nazwa oferenta - zgodna z właściwym rejestrem) |
| (adres siedziby oferenta - zgodny z właściwym rejestrem) |
| (oferent – pieczęć, podpis, data) |

**Załącznik nr 3 do *Szczegółowych warunków***

## POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA OFERTY/ UZUPEŁNIENIA OFERTY/ WYCOFANIA OFERTY

|  |  |
| --- | --- |
| **Szpitalne Centrum Medyczne w Goleniowie sp. z o.o.**  **OFERTA: Konkurs ofert 2022-2024 (rok)**  **..............................................................................................................................**  (nazwa rodzaju i zakresu świadczeń będącego przedmiotem postępowania  - zgodnie z ogłoszeniem o konkursie ofert ) | |
| (pełna nazwa oferenta - zgodna z właściwym rejestrem) | |
| (adres siedziby oferenta - zgodny z właściwym rejestrem) | |
| (data złożenia oferty: dd.mm.rrrr) | (numer z rejestru ofert) |
| Szpitalne Centrum Medyczne w Goleniowie sp. z o.o.  - potwierdzenie złożenia oferty: pieczęć, podpis, data) | |

1. dot. tylko podmiotu leczniczego [↑](#footnote-ref-1)
2. dot. tylko podmiotu leczniczego [↑](#footnote-ref-2)
3. dot położnych i położnych prowadzących praktykę zawodową [↑](#footnote-ref-3)
4. dot. położnych i położnych prowadzących praktykę zawodową [↑](#footnote-ref-4)
5. dot. położnych i położnych prowadzących praktykę zawodową [↑](#footnote-ref-5)
6. dot. tylko położnych prowadzących praktykę zawodową [↑](#footnote-ref-6)
7. dot. tylko położnych prowadzących praktykę zawodową [↑](#footnote-ref-7)
8. dot. tylko położnych prowadzących praktykę zawodową [↑](#footnote-ref-8)
9. dot. tylko podmiotu leczniczego [↑](#footnote-ref-9)
10. dot. tylko podmiotów wykonujących działalność leczniczą [↑](#footnote-ref-10)
11. dot. tylko podmiotów wykonujących działalność leczniczą. [↑](#footnote-ref-11)
12. dot. położnych prowadzących praktyki zawodowe [↑](#footnote-ref-12)
13. dot. położnych posiadających prawo wykonywania zawodu położnej w innym państwie [↑](#footnote-ref-13)
14. dot. tylko podmiotów wykonujących działalność leczniczą [↑](#footnote-ref-14)
15. dot. podmiotu leczniczego [↑](#footnote-ref-15)
16. dot. praktyki zawodowej [↑](#footnote-ref-16)
17. dot. tylko podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli było wydane) [↑](#footnote-ref-17)