Załącznik nr 1 do SWKO

**…………………………………………..**

*pieczęć nagłówkowa oferenta*

**OFERTA**

w związku z ogłoszeniem Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ropczycach z dnia **23.01.2025 r**. w sprawie konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów pielęgniarskich w Podstawowej Opiece Zdrowotnej - nocna i świąteczna opieka zdrowotna, w Ropczycach i Sędziszowie Młp. od poniedziałku do piątku w godzinach 1800 - 800 dnia następnego, w soboty, niedziele i święta w godzinach 800 - 800 dnia następnego

(Konkurs ofert nr 9)

1. **DANE OFERENTA**

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu………………………………………………………………..

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

Kod pocztowy…………………… Miejscowość………………………………………..………..

Ulica……………………………….. Nr domu/mieszkania………………………………………

Telefon………………………………………

1. **OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1) jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej pod numerem

NIP…………………………................... REGON............................................................

2) numer KRS lub wpisu do innego rejestru z oznaczeniem organu dokonującego wpisu:

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

numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych:………..…….…………….……………\*\*)

bank: ……………………………………………………………..……………….….…...........

nr rachunku bankowego: …..…………………………………….…………….………...........

3) zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

4) akceptuje warunki umowy zaproponowanej przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenia:

za 1 godzinę dyżuru:………………………………………………………………

1. **ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**
2. kserokopia dyplomu pielęgniarki;\*)
3. kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy); \*)
4. kserokopia prawa wykonywania zawodu; \*)
5. zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych

praktyk  \*)

1. wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;\*)
2. polisa odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
3. zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy; \*)
4. kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy); \*)
5. aktualne zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego tj. Kartoteka karna i Kartoteka nieletnich w zakresie przestępstw wskazanych prawem *(w zakresie przestępstw określonych w* [*rozdziale XIX*](https://sip.lex.pl/#/document/16798683?unitId=roz(XIX)&cm=DOCUMENT) *i* [*XXV*](https://sip.lex.pl/#/document/16798683?unitId=art(XXV)&cm=DOCUMENT) *Kodeksu karnego, w* [*art. 189a*](https://sip.lex.pl/#/document/16798683?unitId=art(189(a))&cm=DOCUMENT) *i* [*art. 207*](https://sip.lex.pl/#/document/16798683?unitId=art(207)&cm=DOCUMENT) *Kodeksu karnego oraz w* [*ustawie*](https://sip.lex.pl/#/document/17219465?cm=DOCUMENT) *z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 1939), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego),*
6. aktualne zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów leczniczych\*\*)

\*) – dotyczy tylko pielęgniarek prowadzących indywidualną praktykę

\*\*) – dotyczy tylko podmiotów leczniczych

podpis Oferenta