

**Załącznik nr 1 do SWKO**

20 Wojskowy Szpital  
Uzdrowskowo-Rehabilitacyjny  
SPZOZ w Krynicy-Zdroju  
ul. Świdzińskiego 4  
33 - 380 Krynica-Zdrój

**O F E R T A**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
w zakresie opieki pielęgniarskiej dla osób uprawnionych do tych świadczeń w 20 Wojskowym  
Szpitalu Uzdrowskowo-Rehabilitacyjnym SPZOZ w Krynicy-Zdroju.**

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL: .....

NIP lub REGON w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej .....

Adres do korespondencji: .....

Telefon .....

**Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej dla osób ubezpieczonych i innych osób uprawnionych do świadczeń w 20 Wojskowym Szpitalu Uzdrowskowo-Rehabilitacyjnym SPZOZ w Krynicy-Zdroju.**

**OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:**

1. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia o konkursie oraz projektem umowy, SWKO a także materiałami informacyjnymi z dnia ..... 2025 r. i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie 20. WSzR-U SPZOZ w Krynicy-Zdroju, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia zgodnie z zakresem wynikającym z Umowy w szczególności jej § 2.
3. Proponuje następujące warunki wynagrodzenia:
  - **wysokość stawki w kwocie ..... zł za świadczenia zdrowotne (brutto za roboczogodzinę).**
  - Umowa zawarta będzie na czas określony od dnia zawarcia Umowy do dnia 30 kwietnia 2026 r.

Oświadczenia dotyczące postanowień SWKO:

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO), akceptuję je i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z przepisami Ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2024, poz. 799 z późn. zm.).
3. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

4. Zobowiązuję się do osobistego udzielania powyżej zadeklarowanych świadczeń zdrowotnych.
5. Zapoznałem się z treścią załącznika nr 7 (projekt umowy), nie wnoszę do niego żadnych uwag i w pełni go akceptuję - co potwierdzam pisemnie i załączam dokument do swojej oferty.
6. Zobowiązuję się do prowadzenia dokumentacji medycznej wynikającej z obowiązujących przepisów.
7. Uważam się za związaną/ego niniejszą ofertą przez okres **30 dni** od upływu terminu składania ofert.
8. Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam wymagane dokumenty i kserokopie dokumentów.

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. Oświadczenie Oferenta w zakresie m.in. spełnienia wymogów;
2. Oświadczenie dla celów ustalenia obowiązku podlegania ubezpieczeniom społecznym i zdrowotnym;
3. Oświadczenie Oferenta w zakresie złożenia dokumentu ubezpieczenia OC;
4. Oświadczenie Oferenta o niezaleganiu z opłacaniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne;
5. Oświadczenie w zakresie niepodlegania wykluczeniu z postępowania na podstawie ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego;
6. Klauzula informacyjna RODO;
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

.....  
(*podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty*)

*\*-niepotrzebne skreślić*