

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:

Forma prawna Oferenta (zaznaczyć właściwe):

- Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej
- Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą – indywidualna praktyka pielęgniarska
- Podmiot prowadzący grupową praktykę pielęgniarską lub inna forma działalności leczniczej

NIP: (wymagany, jeżeli
Oferent prowadzi działalność gospodarczą)

REGON: (wymagany, jeżeli
Oferent prowadzi działalność gospodarczą)

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:
..... (wymagany, jeżeli Oferent prowadzi praktykę
pielęgniarską)

Adres do korespondencji:
.....

Telefon:

Adres e-mail:

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

OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznał/-a się z treścią Ogłoszenia o konkursie, Istotnych postanowień umowy, SWKO wraz z materiałami informacyjnymi z dnia 2026 r. i nie zgłasza zastrzeżeń.

2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie 20 WSzU-R SPZOZ w Krynicy-Zdroju, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia zgodnie z zakresem wynikającym z Istotnych postanowień umowy, w szczególności jej § 2.

3. Proponuje następujące warunki wynagrodzenia:

– wysokość stawki w kwocie zł za świadczenia zdrowotne (brutto za roboczogodzinę).

4. Umowa zawarta będzie na czas określony od dnia zawarcia Umowy do dnia 30 kwietnia 2027 r.

Oświadczenia dotyczące postanowień SWKO:

1. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (SWKO), akceptuję je i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.

2. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2025 r., poz. 450 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/-am się z treścią Istotnych postanowień umowy (zał. nr 7 do SWKO), nie wnoszę do nich żadnych uwag i w pełni je akceptuję.

6. Zobowiązuję się do prowadzenia dokumentacji medycznej wynikającej z obowiązujących przepisów.

7. Uważam się za związanego/-ą niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

8. Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam wymagane dokumenty i kserokopie dokumentów.

Oświadczenie dotyczące formy rozliczeń:

9. Oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):

- Prowadzę działalność gospodarczą i będę wystawiał/-a faktury VAT / faktury bez VAT (właściwe podkreślić).

□ Nie prowadzę działalności gospodarczej i będę wystawiał/-a rachunki za wykonanie zlecenia. Przyjmuję do wiadomości, że Udzielający zamówienia jako płatnik obliczy, pobierze i odprowadzi zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych oraz – w zależności od złożonego Załącznika nr 3 – stosowne składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne.

ZAŁĄCZNIKI:

- 1) Oświadczenie Oferenta (zał. nr 2 do SWKO);
- 2) Oświadczenie dla celów ustalenia obowiązku podlegania ubezpieczeniom społecznym i zdrowotnym (zał. nr 3 do SWKO);
- 3) Oświadczenie Oferenta w zakresie złożenia dokumentu ubezpieczenia OC (zał. nr 4 do SWKO);
- 4) Oświadczenie Oferenta o niezaleganiu z opłacaniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne (zał. nr 5 do SWKO);
- 5) Oświadczenie w zakresie niepodlegania wykluczeniu – ustawa ukraińska (zał. nr 6 do SWKO);
- 6) Podpisana klauzula informacyjna RODO (zał. nr 8 do SWKO);
- 7) Zaświadczenie o niekaralności z dnia
- 8) Kserokopia dyplomu ukończenia szkoły pielęgniarzkiej / studiów pielęgniarzskich;
- 9) Kserokopia prawa wykonywania zawodu pielęgniarzki;
- 10) Dokumenty potwierdzające doświadczenie w przedmiocie zamówienia;
- 11) Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i kopia wpisu do CEIDG/KRS – wyłącznie dla Oferentów prowadzących działalność gospodarczą (jeżeli dotyczy).

.....
Miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć imienna Oferenta

* niepotrzebne skreślić