**Załącznik nr 2 do Szczególnych warunków konkursu Ofert**

**Dane Udzielającego Zamówienia**:

**Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM**

**ul. Banacha 1a,**

**02-091 Warszawa**

**Dziecięcy Szpital Kliniczny**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko Oferenta** |  |
| **Adres email** |  |
| **Nr telefonu komórkowego** |  |
| **PESEL**  |  |
| **Obywatelstwo** |  |
| **Urząd Skarbowy** |  |

**OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń;
2. oświadcza, że nie posiada umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

**OFERTA WARUNKÓW CENOWYCH**

**Zakres 1:** **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rodzaj udzielanych świadczeń | Od 1 do 240 godzin miesięcznie | 241 i więcej godzin miesięcznie |
| Kwota za 1 godzinę brutto  |  |  |

MINIMALNA deklarowana miesięczna liczba godzin, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać na rzecz Udzielającego zamówienie przez cały okres trwania umowy : …………….. godzin

Doświadczenie w udzielaniu świadczeń w przedmiocie postępowania:……..……..…lat

**Zakres 2:** **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym DSK**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rodzaj udzielanych świadczeń | Od 1 do 240 godzin miesięcznie | 241 i więcej godzin miesięcznie |
| Kwota za 1 godzinę brutto  |  |  |

MINIMALNA deklarowana miesięczna liczba godzin, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać na rzecz Udzielającego zamówienie przez cały okres trwania umowy : …………….. godzin

Doświadczenie w udzielaniu świadczeń w przedmiocie postępowania:……..……..…lat

**Zakres 3:** **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rodzaj udzielanych świadczeń | Od 1 do 240 godzin miesięcznie | 241 i więcej godzin miesięcznie |
| Kwota za 1 godzinę brutto  |  |  |

MINIMALNA deklarowana miesięczna liczba godzin, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać na rzecz Udzielającego zamówienie przez cały okres trwania umowy : …………….. godzin

Doświadczenie w udzielaniu świadczeń w przedmiocie postępowania:……..……..…lat

**Zakres 4:** **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rodzaj udzielanych świadczeń | Od 1 do 240 godzin miesięcznie | 241 i więcej godzin miesięcznie |
| Kwota za 1 godzinę brutto  |  |  |

MINIMALNA deklarowana miesięczna liczba godzin, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać na rzecz Udzielającego zamówienie przez cały okres trwania umowy : …………….. godzin

Doświadczenie w udzielaniu świadczeń w przedmiocie postępowania:……..……..…lat

**Zakres 5:** **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa epidemiologicznego w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym**

Proponowana stawka za 1 godzinę brutto: …………………………………….

MINIMALNA deklarowana miesięczna liczba godzin, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać na rzecz Udzielającego zamówienie przez cały okres trwania umowy : …………….. godzin

Doświadczenie w udzielaniu świadczeń w przedmiocie postępowania:……..……..…lat

**Zakres 6:** **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym DSK**

Proponowana stawka za 1 godzinę brutto: ……………………………………

MINIMALNA deklarowana miesięczna liczba godzin, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać na rzecz Udzielającego zamówienie przez cały okres trwania umowy : …………….. godzin

Doświadczenie w udzielaniu świadczeń w przedmiocie postępowania:……..……..…lat

**Zakres 7:** **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa w Pododdziale Klinicznym Patologii Noworodka w systemie „matka z dzieckiem” Dziecięcym Szpitalu Klinicznym**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rodzaj udzielanych świadczeń | Od 1 do 240 godzin miesięcznie | 241 i więcej godzin miesięcznie |
| Kwota za 1 godzinę brutto  |  |  |

MINIMALNA deklarowana miesięczna liczba godzin, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać na rzecz Udzielającego zamówienie przez cały okres trwania umowy : …………….. godzin

Doświadczenie w udzielaniu świadczeń w przedmiocie postępowania:……..……..…lat

**Zakres 8:** **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie zadań technika elektroradiologii**

1. Proponowana stawka za 1 godzinę brutto: …………………………………….
2. MINIMALNA deklarowana miesięczna liczba godzin, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać na rzecz Udzielającego zamówienie przez cały okres trwania umowy : …………….. godzin
3. Doświadczenie w udzielaniu świadczeń w przedmiocie postępowania:……..……..…lat
4. **OŚWIADCZENIE OFERENTA :**
5. Informacja o uprawnieniach do pobierania:
* Emerytury: tak  nie Renty: tak  nie 
* Czy jest orzeczony stopień niepełnosprawności: tak  nie 
* Jeśli tak, zobowiązuję się złożyć posiadane orzeczenie do Działu Spraw Pracowniczych i Płac :
1. mam orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności 
2. mam orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności 
3. mam orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności 
4. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:..............................................................................
5. Obecnie pracuję na podstawie umowy o pracę: tak  nie 
6. Obecnie pracuję na podstawie umowy zlecenia: tak  nie 
7. Oświadczam, że moje miesięczne wynagrodzenie od którego odprowadzane są składki na ubezpieczenia społeczne ze stosunku pracy/umowy cywilnoprawnej w macierzystym zakładzie pracy, w okresie trwania umowy zlecenia w UCK WUM, nie jest niższe od kwoty minimalnego wynagrodzenia określonego przez ustawę z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2020 r., poz. 2207): **NIE  TAK **

**Jeśli TAK - miejsce zatrudnienia** - nazwa i adres pracodawcy/zleceniodawcy:

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

1. Jestem objęta/y u obecnego pracodawcy ubezpieczeniem społecznym: tak  nie 
2. Przebywam u obecnego pracodawcy na urlopie bezpłatnym/wychowawczym: tak  nie 
3. Jestem studentem do 26-go roku życia: NIE  **TAK i zobowiązuję się przedkładać zaświadczenie z uczelni wyższej o potwierdzeniu posiadania statusu studenta, wraz z rachunkiem do umowy zlecenia po zakończonym miesiącu kalendarzowym.**
4. Oświadczam, że udzielane świadczenia wchodzą w zakres prowadzonej przeze mnie pozarolniczej działalności gospodarczej: tak  nie 
5. Opłacam z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej składki ZUS: tak  nie 
6. Opłacam z tytułu działalności gospodarczej **składki preferencyjne**: tak  nie 

 **Mały ZUS:**  tak nie 

1. Pozostaję w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy: tak  nie 
2. Adres zamieszkania:
* kod pocztowy: ..............................................miejscowość: ..................................................
* gmina:...........................................................ulica:................................................................
* nr domu:...........................nr lokalu:..................................... telefon:..................................
1. Adres do korespondencji:….……………………………………………………..…………
2. Praca jest wykonywana w siedzibie UCKWUM: tak  nie 
3. Wnoszę o objęcie **OBOWIĄZKOWYM** ubezpieczeniem i dokonanie stosownych potrąceń z wynagrodzenia na ubezpieczenie: TAK  NIE 

zdrowotne  emerytalne  rentowe  chorobowe 

1. Wnoszę o objęcie **DOBROWOLNYM** ubezpieczeniem i dokonanie stosownych potrąceń z wynagrodzenia na ubezpieczenie: TAK  NIE  emerytalne  rentowe  chorobowe 
2. Wnoszę o przesyłanie wynagrodzenia na rachunek bankowy:

nazwa Banku ...............................................................................................................................

 nr konta:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Zapoznałam/(em) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, dokumentacją postępowania na świadczenie usług i nie wnoszę do niej zastrzeżeń;
2. Zapoznałam/em się z istotnymi postanowieniami umowy i nie wnoszę w stosunku do niej żadnych uwag, a w przypadku wyboru mojej oferty podpiszę umowę zgodnie z tym projektem umowy w ciągu 14 dni od daty rozstrzygnięcia postępowania konkursowego;
3. Uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert;
4. Dane przedstawione w ofercie i oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
5. Nie zalegam w opłatach składek ZUS oraz w opłacie podatku w Urzędzie Skarbowym
6. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem oferty;
7. Gwarantuję ciągłość, kompleksowość, dostępność i wysoką jakość świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej oferty;
8. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta;
9. Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia oraz związanych z realizacją umowy i które to informacje stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji;
10. Zobowiązuję się do odbycia wstępnego szkolenia z zakresu podstawowych zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym.

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. Poświadczona kopia prawa wykonywania zawodu – zał. nr 1.
2. Poświadczona kopia dyplomu / świadectwa – zał. nr 2.
3. Poświadczona kopia dyplomu specjalizacji – zał. nr 3.
4. Inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych – zał. nr 4
5. Własnoręcznie podpisaną Informację Administratora Danych Osobowych, stanowiącą Załącznik nr 4 do SWKO – zał. Nr 5.
6. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z Szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta – zał. 6

Warszawa, dnia ……………………………………………………………….……………………………...............

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