



UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE
WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

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 w DSK UCKWUM

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 ratownictwa medycznego w oddziałach zabiegowych DSK UCKWUM

Rodzaj udzielanych świadczeń	
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 na Bloku Operacyjnym DSK UCKWUM

Rodzaj udzielanych świadczeń	Od 1 do 240 godzin miesięcznie	241 i więcej godzin miesięcznie
Kwota za 1 godzinę brutto		
Kwota za jeden zabieg kardiochirurgiczny – pielęgniarka operacyjna asystująca		
Kwota za jeden zabieg kardiochirurgiczny – pielęgniarka operacyjna pomagająca		

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 położnictwa/ pielęgniarstwa w Klinice Neonatologii i Chorób Rzadkich DSK UCKWUM

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 7: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi UCKWUM

Rodzaj udzielanych świadczeń	
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 konsultacje w zakresie genetyki klinicznej

- 1 Proponowana stawka za 1 konsultację 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

Zakres 9: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji foniatrycznych DSK UCKWUM

- 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

Zakres 10: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgii DSK UCKWUM

Rodzaj udzielanych świadczeń	Lekarz specjalista	Lekarz w trakcie specjalizacji
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 11: Pełnienie dyżurów medycznych w zakresie chirurgii ogólnej DSK UCKWUM

Rodzaj udzielanych świadczeń	Lekarz specjalista	Lekarz w trakcie specjalizacji	
		1 godzina od poniedziałku do piątku	1 godzina soboty, niedziele, święta
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 12: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opisywania badań EEG i aEEG dla pacjentów neonatologicznych DSK UCKWUM

Rodzaj udzielanych świadczeń	
Kwota za miesiąc brutto – ryczałt	

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 13: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie audyofonologii DSK UCKWUM

- 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

3. OŚWIADCZENIE OFERENTA :

1) 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 :
 - a) mam orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności
 - b) mam orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
 - c) mam orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności

2) Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:.....

3) Obecnie pracuję na podstawie umowy o pracę: tak nie

4) Obecnie pracuję na podstawie umowy zlecenia: tak nie

5) 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:

.....

6) Jestem objęta/y u obecnego pracodawcy ubezpieczeniem społecznym: tak nie

7) Przebywam u obecnego pracodawcy na urlopie bezpłatnym/wychowawczym: tak nie

8) 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.**

9) Oświadczam, że udzielane świadczenia wchodzą w zakres prowadzonej przeze mnie pozarolniczej działalności gospodarczej: tak nie

10) Opłacam z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej składki ZUS: tak nie

11) Opłacam z tytułu działalności gospodarczej **składki preferencyjne**: tak nie

Mały ZUS: tak nie

12) Pozostaję w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy: tak nie

13) Adres zamieszkania:

◆ kod pocztowy:miejsowość:

◆ gmina:.....ulica:.....

◆ nr domu:.....nr lokalu:..... telefon:.....

14) Adres do korespondencji:.....

