

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 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 2: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa w Oddziale Klinicznym Chorób Rzadkich, Intensywnej Opieki i Terapii Noworodka 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

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:miasteczko:
- ◆ gmina:.....ulica:.....
- ◆ nr domu:.....nr lokalu:..... telefon:.....

14) Adres do korespondencji:.....

15) Praca jest wykonywana w siedzibie UCKWUM: tak ☐ nie ☐

16) Wnoszę o objęcie **OBOWIĄZKOWYM** ubezpieczeniem i dokonanie stosownych potrąceń z wynagrodzenia na ubezpieczenie: TAK ☐ NIE ☐

zdrowotne ☐ emerytalne ☐ rentowe ☐ chorobowe ☐

17) Wnoszę o objęcie **DOBROWOLNYM** ubezpieczeniem i dokonanie stosownych potrąceń z wynagrodzenia na ubezpieczenie: TAK ☐ NIE ☐ emerytalne ☐ rentowe ☐ chorobowe ☐

18) Wnoszę o przesyłanie wynagrodzenia na rachunek bankowy:

nazwa Banku

nr konta:

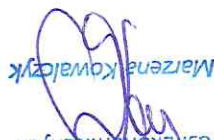
[illegible]

- 19) Zapoznałam/(em) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, dokumentacją postępowania na świadczenie usług i nie wnoszę do niej zastrzeżeń;
- 20) 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;
- 21) Uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert;
- 22) Dane przedstawione w ofercie i oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
- 23) Nie zalegam w opłatach składek ZUS oraz w opłacie podatku w Urzędzie Skarbowym
- 24) Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem oferty;
- 25) Gwarantuję ciągłość, kompleksowość, dostępność i wysoką jakość świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej oferty;
- 26) Zobowiązuje się do przestrzegania praw pacjenta;

- 27) 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;
- 28) 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


Małgorzata Kowalczyk

Warszawa, dnia
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)