*Załącznik nr 1 do SWKO*

*Formularz ofertowy*

**Centrum Rehabilitacji Rolników Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego „Kresowiak” w Horyńcu-Zdroju (Udzielający Zamówienia)**

**ul. Sanatoryjna 2, 37-620 Horyniec-Zdrój**

**OFERTA**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/pielęgniarzy zgodnie
z ogłoszeniem Centrum Rehabilitacji Rolników Kasy Ubezpieczenia Społecznego „Kresowiak” w Horyńcu-Zdroju

1. **Odpowiadając na ogłoszenie konkursu ofert z dnia 19.03.2024 r. składam ofertę na** :

udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie sprawowania opieki pielęgniarskiej, w tym rozpoznawania potrzeb zdrowotnych pacjentów, realizacji zleceń lekarskich w procesie leczenia i rehabilitacji, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz promocji zdrowia dla pacjentów Udzielającego Zamówienia w ramach:

* 1. uzdrowiskowego leczenia sanatoryjnego dorosłych
	2. uzdrowiskowej rehabilitacji dorosłych w sanatorium uzdrowiskowym
	3. rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym *(kierowani przez NFZ),*
	4. rehabilitacji leczniczej rolników *(kierowani przez KRUS),*
	5. rehabilitacji leczniczej dzieci rolników dzieci *(kierowani przez KRUS),*
	6. rehabilitacji osób uprawnionych do emerytury rolniczej *(kierowani przez KRUS),*
	7. leczenia pacjentów indywidualnych *(komercyjnych).*
1. **Dane składającego ofertę:**

Nazwa: ……………………………………………………………………………………….….……………………….

Imię: …………………………………………………………………………………………….…………………………

Nazwisko: ……………………………………………………………………………………….………………………

Adres: ……………………………………………………………………………………….…………………………….

Tel. …………………………………. e-mail ……………………………………………………….………………….

Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę pod numerem………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………..

Numer wpisu do CEIDG ……………………………………………………………………………………………

NIP………………………………………………….....REGON…………………………………………………………

1. **Na spełnienie warunków udziału w konkursie przedstawiam n/w dokumenty:**
2. Dyplom pielęgniarki/rza – zał. nr ………………………………….,
3. prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/rza – zał. nr ……………………………...,
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych/indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarskich lub zezwolenie na wykonywanie indywidualnej/ indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarskiej– zał. nr…………………..… ,
5. zaświadczenie o wpisie do w CEiDG – zał. nr …………………………………,
6. aktualna polisa OC – zał. nr ……………………………., / zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy zgodnie z przepisem art. 25 ustawy o działalności leczniczej.
7. zaświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania świadczeń oraz kserokopii badań sanitarno-epidemiologicznych zawierających aktualne wpisy - zał. nr ……………………………., / zobowiązuję się do dostarczenia zaświadczenia o braku przeciwwskazań zdrowotnych oraz kserokopię badań sanitarno-epidemiologicznych Udzielającemu zamówienia przed przystąpieniem do realizacji umowy\*

 7) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego oraz zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Centrum Rehabilitacji Rolników Kasy Ubezpieczenia Społecznego „Kresowiak” w Horyńcu-Zdroju ***\*- niepotrzebne skreślić***

1. **Oferowane warunki wynagrodzenia:**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie całodobowej opieki pielęgniarskiej  ~~-~~ cena oferowana ……….. zł/godz.*;*

Oferowana dostępność (max. do 260 godzin w miesiącu): ………………..godzin (ilość godzin)

**Jednocześnie oświadczam, że :**

1. świadczenia zdrowotne udzielał/a***\****  będę w zakładach leczniczych Centrum Rehabilitacji Rolników Kasy Ubezpieczenia Społecznego „Kresowiak” w Horyńcu-Zdroju
z wykorzystaniem aparatury medycznej, medycznego sprzętu jednorazowego użytku, produktów leczniczych oraz sprzętu i oprogramowania komputerowego należących do Udzielającego zamówienia;
2. nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego wzoru umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącej załącznik do SWKO w przypadku wyboru mojej oferty, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia;
3. wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym
i prawnym;
4. oferowane świadczenia będę wykonywał/a\* zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością, a także zgodnie z wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia i procedurami wewnętrznymi Udzielającego zamówienia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, ppoż. i BHP;
5. zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych według harmonogramu czasu pracy ustalonego przez Udzielającego Zamówienia.

*……………………………………………… ………………………………………………*

 *(miejscowość, data) (podpis składającego ofertę)*