***Załącznik nr 1 do ZO***

**Nr sprawy DZ.283.06.2024.NP**

**OFERTA WYKONAWCY**

**dla UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM MEDYCYNY MORSKIEJ I TROPIKALNEJ**

1. **Dane dotyczące Wykonawcy:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa wykonawcy/Imię i nazwisko |  |
| Nr PESEL |  |
| Nr PWZ |  |
| Nr NIP (jeśli posiada) |  |
| Nr księgi rejestrowej RPWDL (jeśli dotyczy) |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Miejscowość |  |
| Gmina |  |
| Ulica, nr lokalu |  |
| Kod pocztowy, poczta |  |
| Nr telefonu kontaktowego |  |
| Adres e-mail |  |
| Nr konta bankowego |  |

1. **Osoba do kontaktów w sprawie postępowania:**

imię i nazwisko: ……………………………….……

e-mail:……………………………………………….….

nr telefonu……...…………………..…

1. **Oświadczam, że nie podlegam** **wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. z 2022 r. poz. 835)\***
2. **Zobowiązania wykonawcy**

Nawiązując do ogłoszenia, dotyczącego świadczenia zdrowotnego, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej na: **„UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE CZYNNOŚCI PIELĘGNIARSKICH W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ”,** w postępowaniu o udzielenie zamówienia o wartości szacunkowej nieprzekraczającej 130 000,00 zł, **nr sprawy DZ.283.06.2024.NP** oferuję czynności pielęgniarskie zgodnie z wymogami i warunkami Zapytania Ofertowego, za cenę jak niżej:

**PAKIET 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Zakres | | | | Przewidywana liczba godzin | | Cena (brutto) za 1 godzinę | | **Całkowita wartość (brutto)**  **zamówienia w okresie obowiązywania umowy** |
| 1 | UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE CZYNNOŚCI PIELĘGNIARSKICH  W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ | | | | 800 | |  | |  |
| **RAZEM** | | | | | | | | |  |
| **POZOSTAŁE KRYTERIA** | | | | | | | | | |
| **Jakość tak/nie\*** | | **Kompleksowość tak/nie\*** | | **Dostępność tak/nie\*** | | | | **Ciągłość tak/nie\*** | |
|  | |  | |  | | | |  | |
| **HARMONOGRAM PRACY** | | | | | | | | | |
| **Wykaz dni i godzin, w które będą udzielane czynności pielęgniarskie** | | | | | | | | | |
| **Poniedziałek** | | | **Wtorek** | | **Środa** | | **Czwartek** | | **Piątek** |
|  | | |  | |  | |  | |  |
| **Razem godzin w tygodniu** | | | | | |  | | | |

**Wykaz osób i kwalifikacje personelu medycznego, który będzie udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarskich**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osób udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarskich | Kwalifikacje zawodowe | Doświadczenie zawodowe w zakresie czynności pielęgniarskich |
|  |  |  |  |
| Nazwisko rodowe:  ……………………………….……..….  Imiona rodziców:  ………………………….……………… |
|  |  |  |  |
| Nazwisko rodowe:  ……………………………….……..….  Imiona rodziców:  ………………………….……………… |

**Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie** **czynności pielęgniarskich ……….**

**PAKIET 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Zakres | | | | Przewidywana liczba godzin | | Cena (brutto) za 1 pkt / 1 godzinę | | **Całkowita wartość (brutto) zamówienia w okresie obowiązywania umowy** |
| 1 | UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE CZYNNOŚCI PIELĘGNIARSKICH  W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ | | | | 800 | |  | |  |
| **RAZEM** | | | | | | | | |  |
| **POZOSTAŁE KRYTERIA** | | | | | | | | | |
| **Jakość tak/nie\*** | | **Kompleksowość tak/nie\*** | | **Dostępność tak/nie\*** | | | | **Ciągłość tak/nie\*** | |
|  | |  | |  | | | |  | |
| **HARMONOGRAM PRACY** | | | | | | | | | |
| **Wykaz dni i godzin, w które będą udzielane czynności pielęgniarskie** | | | | | | | | | |
| **Poniedziałek** | | | **Wtorek** | | **Środa** | | **Czwartek** | | **Piątek** |
|  | | |  | |  | |  | |  |
| **Razem godzin w tygodniu** | | | | | |  | | | |

**Wykaz osób i kwalifikacje personelu medycznego, który będzie udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarskich**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osób udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarskich | Kwalifikacje zawodowe | Doświadczenie zawodowe w zakresie czynności pielęgniarskich |
|  |  |  |  |
| Nazwisko rodowe:  ……………………………….……..….  Imiona rodziców:  ………………………….……………… |
|  |  |  |  |
| Nazwisko rodowe:  ……………………………….……..….  Imiona rodziców:  ………………………….……………… |

**Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie** **czynności pielęgniarskich: …...**

1. Jestem uprawniona/y do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej - tekst jednolity z dnia 07 kwietnia 2023 r. i pozostałych przepisach.
2. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania niniejszego zamówienia.
3. Nie ciąży na mnie orzeczenie sądów powszechnych, ani zawodowych, które uniemożliwiałoby mi realizację zamówienia i nie toczy się przeciwko mnie żadne postępowanie przygotowawcze, którego wynik mógłby uniemożliwić mi realizację niniejszego zamówienia na świadczenia zdrowotne.
4. Przyjmuję do wiadomości, że liczba wykonywanych godzin jest szacunkowa, uzależniona wyłącznie od potrzeb Zamawiającego. Zamawiający dopuszcza zwiększenie liczby godzin oraz wartości umowy o 25% w sytuacjach wynikających wyłącznie z zapotrzebowania Zamawiającego, zgodnie z zapisami wzoru umowy.
5. Nie posiadam przeciwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych.
6. Oświadczam, że moja oferta i cena jest prawidłowa i kompletna. Zawiera wszystkie przewidywane koszty kompletnego wykonania przedmiotu zamówienia, wymagania ZO oraz obejmuje wszelkie koszty, jakie poniosę z tytułu należytej oraz zgodnej z obowiązującymi przepisami realizacji przedmiotu zamówienia.
7. Oświadczam, że w ofercie nie została zastosowana cena dumpingowa i oferta nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji, zgodnie z art. 5 – 17 Ustawy z 16 kwietnia 1993r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
8. **Wyrażam zgodę na otrzymywanie należności z dołu na podstawie rachunku wystawionego w miesięcznym okresie rozrachunkowym, w terminie 14 dni od dnia poprawnie złożonego rachunku.**
9. **Oświadczam, że:**
   1. przedmiotowe zamówienie realizować będę zgodnie z wymaganiami określonymi w ZO, w tym określonymi we wzorze umowy,
   2. usługi realizować będę w terminie zgodnie z zapisami wzoru umowy,
   3. uważamsię za związaną/ego ofertą przez okres 30 dni. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu na składanie ofert.
   4. zapoznałam/em się treścią ZO, uzyskałam/em wszystkie niezbędne do złożenia oferty informacje i nie wnoszę do ZO żadnych uwag,
   5. akceptuję wzór umowy i zobowiązuję się do podpisania umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego,
   6. wszystkie informacje podane w oświadczeniach załączonych do Oferty są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji,
   7. jestem w stanie przedstawić wymagane oświadczenia i dokumenty na żądanie Zamawiającego bez zbędnej zwłoki.
10. **Oświadczam**, że zapoznałam/em się z *„Klauzulą informacyjną dotyczącą* *Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych (RODO)”* i oświadczam, że:
11. Znam i przestrzegam wszelkich obowiązków wynikających z obowiązujących przepisów o ochronie danych osobowych, w tym przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – dalej: **„RODO”;**
12. Wypełniłam/em obowiązki informacyjne przewidziane w artykule 13 lub artykule 15 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałam/em w celu ubiegania się  
    o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu[[1]](#footnote-1);
13. Przekazywane przeze mnie dane osobowe mogą być wykorzystane wyłącznie w celach związanych   
    z niniejszym postępowaniem.
14. Oświadczam, że zapoznałam/em się z odpowiedzialnością karną, o której mowa w art. 297 Kodeksu Karnego „Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi – kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, elektronicznego instrumentu płatniczego lub zamówienia publicznego, przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”.
15. **Załączniki:**
    * 1. Prawo wykonywania zawodu – kopia dokumentu

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

podpis Wykonawcy

*\* niepotrzebne skreślić*

1. w przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO wykonawca nie składa oświadczenia, o którym mowa w pkt 2 (należy je przekreślić). [↑](#footnote-ref-1)