

## **Regulamin Konkursu Ofert**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez terapeutę zajęciowego w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej w zakresie terapii zajęciowej na rzecz pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie,**

na zasadach określonych w Regulaminie Konkursu Ofert i w zawieranej umowie.

### **I. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny  
ul. Bialska 104/118  
42-200 Częstochowa  
tel. 34 367 31 04; fax. 34 365 17 56

### **II. PRZEDMIOT KONKURSU**

1. Przedmiotem postępowania jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez terapeutę zajęciowego w zakresie terapii zajęciowej w **Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie**, zlokalizowanego w obiekcie przy **ul. PCK 7**, na zasadach określonych w niniejszym Regulaminie Konkursu Ofert i w zawieranej umowie.
2. W ramach udzielania świadczeń zdrowotnych Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie do:
  - a) świadczenia terapii zajęciowej dla pacjentów Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ul. PCK 7, polegającej na wspomaganiu i aktywizacji osób chorych i niepełnosprawnych, poprzez zastosowanie różnych metod, form oraz technik terapii zajęciowej w procesie kompleksowej rehabilitacji,
  - b) podejmowanie działań mających na celu poprawę funkcjonowania bio-psycho-społecznego pacjentów leczonych w Oddziale, w tym między innymi: pobudzaniu aktywności własnej pacjentów, rozwijaniu ich zainteresowań, pogłębianiu nawyków kulturalnych pacjentów, pomoc w trudnościach adaptacyjnych, prowadzeniu terapii manualnej u osób z niedowładem kończyn, terapii zajęciowej w zespołach zaburzeń wzroku po uszkodzeniach mózgu,

- c) wykonywania przedmiotu umowy w dniach i godzinach określonych i uzgodnionych przez Kierownika Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej, w wymiarze średnio około **85 godzin miesięcznie, w zależności od potrzeb *Udzielającego Zamówienia***.

3. Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **24 m-ce od daty zawarcia umowy**.

4. Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych obejmuje świadczenia objęte umową zawartą pomiędzy ***Udzielającym Zamówienia***, a Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innymi podmiotami finansującymi świadczenia.

5. Udzielanie świadczeń z w/w zakresów powinno odbywać się zgodnie z harmonogramem czasu pracy zgłoszonym przez Szpital do Narodowego Funduszu Zdrowia poprzez Portal Świadczeniodawcy.

### **III. ZASADY WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

1. Wykonywanie zamówienia na wymaganym przepisami poziomie, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy oraz etyki zawodowej, obowiązującymi przepisami prawa, warunkami niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert, postanowieniami umowy, przy zachowaniu najwyższej staranności w wykonywanej pracy na rzecz ***Udzielającego zamówienia***.

2. Wydawanie opinii i zaświadczeń wymaganych w podmiotach leczniczych przez obowiązujące przepisy prawa.

3. Prowadzenie określonej sprawozdawczości statystycznej, zgodnie z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2021r. poz. 711 ze zm.).

4. Prowadzenie terminowej i dokładnej dokumentacji (w tym dokumentacji elektronicznej, jeśli taka jest stosowana u ***Udzielającego zamówienia***) z przeprowadzonej terapii z pacjentami Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej.

### **IV. WYMAGANIA STAWIANE PRZYJMUJĄCYM ZAMÓWIENIE**

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się *Oferenci* wykonujący zawód terapeuty zajęciowego, określony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2021r. poz. 265), spełniający następujące warunki udziału w postępowaniu:

- a) posiadają uprawnienia do wykonywania działalności oraz czynności objętych zakresem przedmiotu zamówienia, potwierdzone odpowiednimi dyplomami, certyfikatami krajowymi lub międzynarodowymi i wykonują działalność w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia.
- b) posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia i spełniają warunki określone w pkt. 3.

2. *Oferenci* wykonujący działalność leczniczą muszą być uprawnieni do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, tzn. są zarejestrowani we właściwym rejestrze, posiadają nadany numer REGON i NIP.

3. Posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie w prowadzeniu działalności objętej konkursem, oraz posiadają niezbędne kwalifikacje, tj.:

- a) ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego terapeuty zajęciowy lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie terapeuty zajęciowy lub,
- b) ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego w zawodzie instruktora terapii zajęciowej lub,
- c) ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności terapia zajęciowa, obejmujących co najmniej 3000 godzin kształcenia, w tym 2000 godzin w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmujących wiedzę z zakresu teorii i technik terapeutycznych i uzyskanie tytułu licencjata,

do wykonania przedmiotu zamówienia w zakresie objętym przedmiotem zamówienia, zgodnie z wymaganiami NFZ.

4. Posiadają polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

5. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się w trakcie realizacji przedmiotu zamówienia do ochrony danych osobowych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, tj.: Ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2019r., poz. 1781) oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/676 z 27.04.2016r. 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) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) – RODO.

6. W toku realizacji Umowy **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do bezwzględnego przestrzegania obowiązujących u **Udzielającego zamówienia**: Regulaminu Organizacyjnego, innych wewnętrznych regulaminów, zarządzeń, poleceń służbowych, procedur i instrukcji m. in. związanych z wdrożonymi standardami akredytacyjnymi oraz funkcjonującym Systemem Zarządzania Jakością wg normy ISO 9001:2015 i przyjętej z tym związanej Polityki SZ, która stanowi integralną część umowy. Poza tym **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do bezwzględnego przestrzegania przepisów bhp, p.poż oraz wdrożonych polityk bezpieczeństwa.

## **V. OKRES I TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

1. Termin realizacji zamówienia: **24 m-ce od daty zawarcia umowy.**

## **VI. POSTANOWIENIA OGÓLNE**

1. Rodzaj Konkursu: otwarty
2. Forma składania ofert: pisemna
3. **Udzielający zamówienia** nie dopuszcza składania ofert częściowych, tj.: na ilość godzin mniejszą niż określoną w Rozdziale II pkt. 2 ppkt. c.
4. Rodzaj postępowania konkursowego: porównanie ofert i wybór najkorzystniejszej oferty zgodnie z przyjętym kryterium - **najniższa oferowana cena brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych (cena 100%).**
5. Przedstawiciel **Udzielającego zamówienia** uprawniony do bezpośredniego kontaktowania się z *Oferentami* w sprawach formalnych: Pani Justyna Lewandowska - tel. 34 367 37 14 w godz. od 8.00 do 14.00 od poniedziałku do piątku.

## **VII. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim, napisana czytelnym pismem ręcznym przy użyciu nieścieralnego atramentu, komputerowo lub na maszynie i podpisana przez osobę uprawnioną do składania oświadczeń woli w imieniu *Oferenta*.
2. Oferta winna zawierać wyłącznie dokumenty posiadające atrybut wiarygodności, tzn. każdy dokument należy sygnować oryginalnym podpisem osoby upoważnionej do reprezentowania *Oferenta* na zewnątrz.
3. Oferta powinna zawierać cenę jednostkową 1 godziny udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia.
4. Każda strona oferty musi być ponumerowana.
5. Wszystkie miejsca, w których *Oferent* naniósł zmiany, winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
6. *Oferent* winien zamieścić ofertę w zapieczętowanej kopercie, która będzie zaadresowana na **Udzielającego zamówienia**. Koperta powinna ponadto posiadać następujące oznaczenie:

**„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez terapeutę zajęciowego w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej w zakresie terapii zajęciowej na rzecz pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie - nie otwierać przed terminem otwarcia ofert, tj.: 26.11.2021r. godz. 11:30 - postępowanie konkursowe KO/78/2021”**

7. Poza oznaczeniami podanymi powyżej, koperta powinna zawierać nazwę i adres *Oferenta*, aby można było odesłać ofertę w przypadku stwierdzenia, że została złożona po upływie wyznaczonego terminu.

8. *Oferent* nie może wycofać oferty po upływie terminu do składania ofert.

9. *Oferent* ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

## **VIII. INFORMACJE O OFERCIE**

1. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty:

### **Oświadczenia:**

- 1) Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez terapeutę zajęciowego w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej w obiekcie przy ul. PCK 7 w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, którą akceptuję.
- 2) Oświadczam, że spełniam wszystkie warunki zawarte w Regulaminie Konkursu Ofert i nie podlegam wykluczeniu z postępowania.
- 3) Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią „Regulaminu konkursu ofert”, którą akceptuję.
- 4) Oświadczam, że uważam się związany/a niniejszą ofertą na czas wskazany w „Regulaminie Konkursu Ofert”, tj. 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
- 5) Oświadczam, że zawarte w regulaminie projekty umów zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umów na opisanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez **Udzielającego zamówienia**.

### **Do oferty należy dołączyć wymagane dokumenty, tj.:**

- a) wydruk lub kopię z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej potwierdzający aktywny status wpisu prowadzonej działalności gospodarczej<sup>1</sup> lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (KRS), wystawione nie wcześniej niż 6 m-cy przed upływem terminu składania ofert,
- b) kopię dyplomu ukończenia szkoły,
- c) kopię dokumentów potwierdzających uzyskanie prawa do wykonywania zawodu- terapeuta zajęciowy,
- d) aktualne zaświadczenie lekarskie,
- e) aktualne zaświadczenie o odbytych kursach BHP, zgodnie z zajmowanym stanowiskiem,
- f) polisę OC potwierdzającą zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu

---

<sup>1</sup> wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Polskiej jest dostępny do pobrania na stronie [www.firma.gov.pl](http://www.firma.gov.pl)

postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

W przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy oświadczenie, o zobowiązaniu się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne. W razie braku polisy OC na dzień składania ofert, *Oferent* zobowiązuje się do posiadania polisy OC najpóźniej w dniu zawarcia umowy.

- g) wykaz personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do formularza ofertowego.
- h) oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji – zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do Formularza Ofertowego.
- i) oświadczenie o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji – zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do Formularza Ofertowego.

2. Oferta może zostać odrzucona w przypadkach wskazanych w art. 149 ust 1 ustawy z dnia 27.08.2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2021r., poz. 1285 ze zm.)

3. Wzór formularza ofertowego zawiera załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert.

## **IX. OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI BĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ ZAMAWIAJĄCY PRZY WYBORZE OFERTY**

1. Oceny ofert dokonuje Komisja Konkursowa.

2. W pierwszej kolejności sprawdzeniu będzie podlegało spełnienie warunków formalnych.

3. Komisja Konkursowa wybiera najkorzystniejszą ofertę dla ***Udzielającego zamówienia*** tj. z najniższą ceną za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych albo nie przyjmuje żadnej z ofert.

4. Oferowana cena jednostkowa wskazana w ofercie powinna zawierać wszystkie koszty osobowe związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia.

5. W przypadku, gdy do postępowania konkursowego zgłoszona została tylko jedna oferta, ***Udzielający zamówienia*** może przyjąć tę ofertę, jeżeli Komisja Konkursowa stwierdzi, że z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

## **X. SPOSÓB POROZUMIEWANIA SIĘ Z OFERENTAMI**

1. *Oferent* może zwracać się do ***Udzielającego zamówienia*** odnośnie wszelkich wątpliwości dotyczących Regulaminu Konkursu Ofert kierując swoje zapytania najpóźniej na 3 dni przed

terminem składania ofert na adres **Udzielającego zamówienia** tylko na piśmie lub pocztą elektroniczną ([jlewandowska@szpitalparkitka.com.pl](mailto:jlewandowska@szpitalparkitka.com.pl)).

Kontakt: od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 - 14.00.

2. Pisemne odpowiedzi **Udzielający zamówienia** umieszcza na stronie internetowej [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl), w zakładce konkursy.

3. **Udzielający zamówienia** zastrzega sobie prawo zmiany lub uzupełnienia treści Regulaminu Konkursu Ofert w czasie nie krótszym, niż 1 dzień przed upływem terminu składania ofert.

4. Informacja o wprowadzonych zmianach zostanie niezwłocznie przekazana wszystkim potencjalnym Oferentom na stronie internetowej [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl) w zakładce konkursy i będzie dla nich wiążąca.

5. **Udzielający Zamówienia** zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu, przesunięcia terminu składania ofert, na każdym jego etapie, bez podania przyczyny.

## **XI. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT**

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny

im. Najświętszej Maryi Panny

42-200 Częstochowa, ul. Bialska 104/118,

Kancelaria, pok. 3.41 (II piętro) Pawilon D.

**Termin składania ofert: 26.11.2021r. do godz. 11:00**

**Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona bez otwierania.**

## **XII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA**

Oferent jest związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

## **XIII. INFORMACJE O TRYBIE OTWARCIA OFERT i ICH OCENY**

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w dniu **26.11.2021r. o godz. 11:30** w siedzibie **Udzielającego zamówienia - Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa, Pawilon D, II piętro pok. 3.46 Dział Lecznictwa.**

3. Komisja Konkursowa przystępując do rozstrzygnięcia konkursu ofert dokonuje następujących czynności:

- a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert;
- b) otwiera koperty z ofertami;
- c) ustala, które z ofert spełniają warunki konkursu;
- d) odrzuca oferty nieodpowiadające warunkom konkursu;

- e) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez Oferentów;
  - f) dokonuje analizy ofert i wybiera najkorzystniejszą ofertę albo nie przyjmuje żadnej z ofert;
  - g) ogłasza nazwę Oferenta, którego oferta została wybrana.
4. W toku dokonywania oceny złożonych ofert **Udzielający zamówienia** może żądać udzielenia przez Oferentów wyjaśnień dotyczących treści złożonych przez nich ofert.
5. Z przebiegu konkursu sporządzony zostanie protokół.
6. Komisja Konkursowa niezwłocznie zawiadomi Oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku, zamieszczając informację na stronie internetowej Szpitala [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl) w zakładce *konkursy ofert*.

#### **XIV. PROTESTY I ODWOŁANIA**

1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do Komisji Konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnej objętych przedmiotem niniejszego postępowania ulega zawieszeniu, chyba, że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
3. Komisja Konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
4. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
5. Informacje o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej **Udzielającego zamówienia –Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie**.
6. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
7. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
8. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.

#### **XV. UMOWA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE.**

1. **Udzielający zamówienia** zobowiązany jest zawrzeć, w terminie 21 dni, umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania, o treści stanowiącej



Załącznik Nr 2 do niniejszego Regulaminu oraz uzupełnienie niniejszej umowy, tj.: umowę powierzenia danych osobowych o treści stanowiącej Załącznik Nr 3 do niniejszego Regulaminu.

**2. Udzielający zamówienia** zastrzega sobie prawo prowadzenia negocjacji w sprawie warunków umowy.

#### **XVI. TRYB POSTĘPOWANIA**

Niniejsze postępowanie konkursowe prowadzone jest na podstawie i zgodnie z przepisami:

**1)** ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2021r., poz. 711 ze zm.).

**2)** ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2021r., poz. 1285 ze zm.).

Dyrektor  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie  
Zbigniew Bajkowski

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na udzielenie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez  
Terapeutę zajęciowego w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie.  
Udzielanie w/w świadczeń odbywać się będzie w obiekcie  
przy ul. PCK 7.**

**NAZWA OFERENTA**

.....

**ADRES:**

ulica ..... nr .....

Kod pocztowy : ..... Miejscowość: .....

Nr wpisu do rejestru:

.....

**NIP** .....

**PESEL** .....

**REGON** .....

**NR KONTA BANKOWEGO** .....

**Telefon kontaktowy:** .....

- 1) Przystępując do konkursu ofert na świadczenia zdrowotne ogłoszonego przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie oferuję przyjęcie do wykonania zamówienia w zakresie objętym regulaminem warunków zamówienia.
- 2) Przedmiotem oferty jest udzielenie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez terapeuta zajęciowego w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej.

**Termin świadczenia usług: 24 m-ce od daty zawarcia umowy.**

Przystępując do konkursu, składam ofertę na:

- Wynagrodzenie .....zł brutto (słownie złotych:.....)  
za 1 godzinę terapii zajęciowej.
- Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w wymiarze .....godzin miesięcznie.

### **Oświadczenia:**

- 1) Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych, którą akceptuję.
- 2) Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią „Regulaminu konkursu ofert”, którą akceptuję.
- 3) Oświadczam, że uważam się związany/a niniejszą ofertą na czas wskazany w „Regulaminie Konkursu Ofert”, tj.: 30 dni od upływu terminu składania ofert.
- 4) Oświadczam, że spełniam warunki zawarte w Regulaminie Konkursu Ofert i nie podlegam wykluczeniu z postępowania.
- 5) Oświadczam, że zawarte w regulaminie projekty umów zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umów na opisanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez *Udzielającego zamówienia*.

### **Do oferty dołączam wymagane dokumenty, tj.:**

- a) wydruk lub kopię z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej potwierdzający aktywny status wpisu prowadzonej działalności gospodarczej lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego wystawione nie wcześniej niż 6 m-cy przed terminem składania ofert
- b) kopię dyplomu ukończenia szkoły,
- c) kopię dokumentów potwierdzających uzyskanie prawa do wykonywania zawodu-terapeuta zajęciowy,
- d) polisę OC potwierdzającą zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
- e) wykaz personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do formularza ofertowego.
- f) oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji – zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do Formularza Ofertowego.
- g) oświadczenie o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji – zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do Formularza Ofertowego.

Oświadczam i zobowiązuję się, że w przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne. W przypadku braku polisy OC na dzień składania ofert, zobowiązuje się do posiadania polisy OC w dniu zawarcia umowy.

Ofertę niniejszą składam na ..... kolejno ponumerowanych stronach.

..... dnia .....

/Miejscowość/

/data/

.....

/pieczętka i podpis Oferenta/

WYKAZ PERSONELU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Załącznik nr 1 do Formularza Ofertowego

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Nr dyplomu	Data wydania dyplomu	Nr prawa wykonywania zawodu	Organ wydający prawo wykonywania zawodu i data wydania	Stopień specjalności i data uzyskania specjalności	Wymiar zatrudnienia w wymiarze tygodniowym i miesięcznym	Miejsce i okres zatrudnienia	Określenie grupy zawodowej	Wykształcenie* : 1) wyższe medyczne - tytuł magistra; 2) wyższe medyczne - tytuł licencjata; 3) wyższe; 4) średnie; 5) wyższe - tytuł magistra 6) wyższe - tytuł licencjata  *zaznaczyć prawidłowe	Kompetencje wraz z datą ich uzyskania/  Doświadczenie
1.												

..... dnia.....

.....  
Pieczętka i podpis Oferenta