.…………………………….., dnia …………………….

*(Miejscowość)*

**O F E R T A**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczenia usług pielęgniarskich w siedzibie Udzielającego zamówienia.

Imię i nazwisko ……………………………………….; nazwisko rodowe………………………., imię ojca ………………..,

imię matki…………………….., data i miejsce urodzenia……………….….………… PESEL ……………..………….

Adres zamieszkania: kod ….….… miejscowość ……………………………ulica ………………..…..………

nr telefonu………………………… NIP ……………………. Nr prawa wykonywania zawodu ………………………

Zakres świadczeń:

I. Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych **w zakresie świadczenia specjalistycznych usług pielęgniarskich** w zakresie **Zadania nr 1** w oddziałach Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Gdańsku.

Deklaruję gotowość świadczenia całodobowych usług w oddziałach Szpitala w wymiarze:

**minimum: 168 godzin do maximum 228 godzin miesięcznie od dnia …………… do dnia 31.05.2026 r.**

**Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:**

Za realizację usługi . ……………. zł brutto za 1 godz. (słownie: ……………………………………….. zł brutto)

*(podać)*

Za realizację usługi w Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży 21AiB . ……………. zł brutto za 1 godz. (słownie:……..…………………………….….. zł brutto)

*(podać)*

II. Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych **w zakresie świadczenia usług pielęgniarskich**   
w zakresie **Zadania nr 2** w oddziałach Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Gdańsku.

Deklaruję gotowość świadczenia całodobowych usług w oddziałach Szpitala w wymiarze:

**minimum: 168 godzin do maximum 228 godzin miesięcznie od dnia ……………… do dnia 31.05.2026 r.**

**Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:**

Za realizację usługi . ……………. zł brutto za 1 godz. (słownie: ……………………………………….. zł brutto)

*(podać)*

Za realizację usługi w Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży 21AiB ………. zł brutto za 1 godz.

(słownie:…………………………….……….. zł brutto)

*(podać)*

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z treścią szczegółowych warunków konkursu oraz projektem umowy i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.
2. Świadczenie usług objętych konkursem udzielać będę w siedzibie Szpitala, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Świadczeń zdrowotnych będę udzielać osobiście.
4. Znane mi są i spełniam wszystkie warunki wymagane przez Udzielającego zamówienia wymienione   
   w Warunkach wymaganych od Przyjmującego zamówienie.

**Załączniki do oferty:**

1. Kserokopia prawa wykonywania zawodu;
2. Dokumenty potwierdzające wykształcenie medyczne w zakresie pielęgniarstwa (kserokopia dyplomu ukończenia szkoły, liceum, studiów wyższych);
3. Dyplom Pielęgniarki/rza specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego **(dotyczy składania oferty w zakresie Zadania nr 1)**;
4. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje (certyfikaty, potwierdzenia ukończenia kursów itp.)
5. Wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub oświadczenie zgodne   
   z Załącznikiem nr 5;
6. Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego;
7. Oświadczenie o zobowiązaniu się do zawarcia polisy ubezpieczeniowej o odpowiedzialności cywilnej

(Załącznik nr 2) lub kserokopia polisy;

1. Opis przebiegu pracy zawodowej – Załącznik nr 3;
2. Pełnomocnictwo na złożenie oferty o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta;
3. Aktualne badania lekarskie na stanowisku pielęgniarki (jeżeli posiada);
4. Oświadczenie o niekaralności – Załącznik nr 6.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(podpis oferenta lub pełnomocnika)*