

**FORMULARZ OFERTOWY KONKURS OFERT NR 45/2026**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych i świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej  
w Szpitalu Powiatowym w Złotowie**

w zakresie usług świadczonych przez Pielęgniarkę/Pielęgniara w:

- 1) Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- 2) Oddziale Wewnętrznym
- 3) Oddziale Dziecięcym
- 4) Oddziale Medycyny Paliatywnej i Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym
- 5) Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (Detox), Centrum Zdrowia Psychicznego w tym oddział Psychiatryczny, Poradnia Zdrowia Psychicznego z Punktem Zgłoszeniowo-Koordynacyjnym oraz Zespole Leczenia Środowiskowego
- 6) Oddziale chirurgicznym z pododdziałem chirurgii urazowo-ortopedycznej
- 7) Bloku operacyjnym
- 8) Centralnej Sterylizatorni
- 9) Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej
- 10) Oddziale Terapii Uzależnień w Piecovie
- 11) Poradni urazowo-ortopedycznej

Kod CPV - 85141200-1

**Propozycja okresu na jaki ma zostać zawarta umowa od ..... do ..... r.**

**D A N E   O F E R E N T A**

|                                                                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Imię i nazwisko</b>                                                              |  |
| <b>Pełna nazwa prowadzonej działalności lub pieczęćka (jeśli dotyczy)</b>           |  |
| <b>Adres działalności gospodarczej/ podmiotu leczniczego lub adres zamieszkania</b> |  |
| <b>NIP (jeśli dotyczy)</b>                                                          |  |
| <b>REGON (jeśli dotyczy)</b>                                                        |  |
| <b>Telefon do kontaktu</b>                                                          |  |
| <b>Nazwa Banku i Numer Konta:</b>                                                   |  |

**Kwalifikacje\***

☐ pielęgniarka/pielęgniarz bez specjalizacji

☐ pielęgniarka/pielęgniarz specjalista/ka.....

\* właściwe oznaczyć znakiem X

**Propozycja kwot/-y należności i dyspozycyjności w zakresie świadczeń usług/ udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach przedmiotu konkursu:**

| <b>Rodzaj świadczeń zdrowotnych lub świadczenie usług</b>                                              | <b>Deklarowana liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych od min. do max.</b> | <b>Propozycja kwoty za świadczenie</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>pielęgniarskie świadczenia zdrowotne</b><br><br><b>w</b> .....<br>(wpisać wybrany oddział, komórkę) | ..... - ..... godz./m-c                                                           | .....złoty/godz.                       |

**Załączniki\*:**

- ☐ zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG)
- ☐ zaświadczenie o numerze NIP
- ☐ zaświadczenie o numerze REGON
- ☐ dyplom ukończenia studiów
- ☐ dokument potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego
- ☐ prawo wykonywania zawodu
- ☐ dyplom specjalizacji i/lub karta szkolenia specjalizacyjnego
- ☐ inne, potwierdzające kwalifikacje niezbędne do wykonywania świadczeń, np. certyfikaty kursów itp.
- ☐ polisa OC lub zobowiązanie do jej zawarcia
- ☐ zaświadczenie lekarskie o zdolności do pracy lub zobowiązanie jego dostarczenia
- ☐ orzeczenie lekarskie o zdolności do pracy lub zobowiązanie jego dostarczenia
- ☐ inne (wpisać jakie).....
- ☐ informacja z Krajowego Rejestru Karnego (zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępstwami na tle seksualnym i ochronie małoletnich) lub zobowiązanie do dostarczenia
- ☐ zaświadczenie z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym lub zobowiązanie do dostarczenia

☐ **Oświadczam, że w posiadaniu Udzielającego zamówienia znajduje się już komplet aktualnych dokumentów wymaganych do złożenia oferty**

☐ oświadczam, że nie mam prawomocnie orzeczonego zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia PWZ, ograniczenia PWZ lub braku zakazu zajmowania stanowiska

☐ oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z pełni praw publicznych

☐ oświadczam, że nie byłem/am prawomocnie skazany/a za przestępstwo przeciwko mieniu, przeciwko obrotowi gospodarczemu, przeciwko działalności instytucji państwowych oraz samorządu terytorialnego, przeciwko wiarygodności dokumentów lub za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego

☐ oświadczam, że nie byłem/am karany za przestępstwa popełnione umyślnie

**\* właściwie oznaczyć znakiem X**

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy, które akceptuję. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby konkursu i realizacji umowy.

Złotów, .....  
data

.....  
podpis Oferenta