

Załącznik nr 3 do zarządzenia

Nr 43/2018.

Dyrektora Instytutu Psychiatrii i

Neurologii w Warszawie

z dnia 2 lipca 2018

Warszawa, dnia.....

**Instytut Psychiatrii i Neurologii**

**ul. Sobieskiego 9,**

**02-957 Warszawa**

### **O F E R T A**

na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie **Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Neurologii, Neurochirurgii, Psychiatrii na rzecz pacjentów Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz usług pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących dla pracowników Instytutu.**

#### **1. Dane oferenta**

Imię i nazwisko ..... telefon.....

e-mail.....tel .....

adres: kod.....miejsowość.....

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

PESEL ..... NIP .....

REGON..... / Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej .....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Nr indywidualnej praktyki .....

Specjalizacja (nazwa, stopień i data uzyskania) .....

#### **2. Zakres świadczeń**

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w **Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie w zakresie .....**

zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

### 3. Oferta cenowa

.....złotych brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

4. **Deklarowana** szacowana liczba godzin udzielanych średnio miesięcznie;

..... godzin.

### 5. Termin świadczenia usług

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia ..... do dnia.....  
(36 miesięcy)

### 5. OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz postanowieniami określonymi we wzorze umowy i je akceptuje.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia w siedzibie Instytutu Psychiatrii i Neurologii
3. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
4. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości .....(Zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC w terminie określonym we wzorze umowy.)\*
5. Oświadcza iż IPiN **nie rozwiązał** z nim umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.
6. **W ramach świadczenia:**
  - a) deklaruje liczbę ..... h / miesiąc;
  - b) proponuje wynagrodzenie w wysokości..... za 1 godzinę .
7. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr ..... do nr.....

8. Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym konkursem udzielał przez okres.....lat/miesiący i zobowiązuje się do okazania za żądanie Udzielającego zamówienia dokumentów potwierdzających treść oświadczenia.

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. Poświadczony wydruk z CEIDG/ poświadczona kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej- zał. nr 1 – jeśli dotyczy,
2. Poświadczona kopia nadania NIP - zał. nr 2 – jeśli dotyczy,
3. Kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i posiadanych kwalifikacji - zał. nr ....., ....., itd.),
4. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia - zał. nr3,
5. Kserokopia polisy OC lub złożone oświadczenie o przedłożeniu polisy - zał. nr 4

\* niepotrzebne skreślić

Warszawa dnia.....

.....  
*Podpis oferenta*