

Załącznik nr 3  
do zarządzenia 70/2019  
Dyrektora Instytutu Psychiatrii i  
Neurologii w Warszawie  
z dnia 28.11. 2019r.

Warszawa, dnia.....

**Instytut Psychiatrii i Neurologii**  
**ul. Sobieskiego 9,**  
**02-957 Warszawa**

### O F E R T A

na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie **usług pielęgniarstwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Neurologii/Rehabilitacji Neurologicznej, Neurochirurgii/ Pracowni badań i zabiegów naczyniowych, Psychiatrii na rzecz pacjentów Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.**

#### 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,

+ dodatek wynikający z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 Dz. U. z 2015 poz. 1628

**4. Deklarowana** szacunkowa liczba godzin w stosunku miesięcznym przeznaczonych na wykonywanie świadczeń zdrowotnych wynosi ..... **godzin/miesięcznie**. Faktyczna liczba w/w godzin zależna jest od rzeczywistych potrzeb Udzielającego Zamówienia.

### 5. Termin świadczenia usług

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia ..... do dnia.....  
(24 miesiące)

### 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. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr ..... do nr.....
7. Oświadcza, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym konkursem udzielał przez okres.....lat/miesiące 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*