**Załącznik nr 1**

**Formularz Oferty**

Nazwa / imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie:.............................................................................

Adres siedziby / adres zamieszkania\*........................................................................................................

tel.\*.............................................................................................................................................................

PESEL\*.......................................................................................................................................................

E-mail\* na który Zamawiający ma przesłać korespondencję.....................................................................

w odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert pn.: **Zapewnienie całościowej opieki pielęgniarskiej powierzonym pacjentom Szpitala Neuropsychiatrycznego   
im. Prof. M. Kaczyńskiego SP ZOZ w Lublinie** **- *CZĘŚĆ 1***

oferuję realizację ww. przedmiotu zamówienia:

1. **Kryterium cena brutto**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot zamówienia | Liczba godzin przez cały okres trwania umowy | Stawka godzinowa brutto\* | Wartość brutto |
| A | B | C | D=B x C |
| Całościowa opieka pielęgniarska powierzonym pacjentom Szpitala Neuropsychiatrycznego  im. Prof. M. Kaczyńskiego SP ZOZ w Lublinie | 2004 |  |  |

Słownie wartość brutto wynosi…………………………………………………………………………

Osoba realizująca **opiekę pielęgniarską** …………………………………………………………

*(imię i nazwisko)*

……………………………………tel. kontaktowy.................mail:.....................................

*Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą / nie prowadzę działalności gospodarczej*\*

*\*W przypadku osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej, podana cena brutto jest ceną całkowitą i ostateczną, uwzględniające wszystkie należne składki i inne należności budżetowe, które mogą wyniknąć z realizacji umowy bez względu na to, na której stronie ciąży obowiązek ich odprowadzenia. Cena brutto zawiera wszystkie obciążenia publicznoprawne, w szczególności składki na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, ciążące na pracodawcy i pracowniku oraz zaliczki na podatek jeżeli dotyczy i ewentualnie inne obciążenia przewidziane w odrębnych przepisach.*

Minimalna liczba osób wykonujących poszczególne świadczenia medyczne wynosi………………….

1. **Kryterium jakość świadczeń:**

zaznaczyć właściwe

* **Deklaruję** posiadanie **średniego wykształcenia pielęgniarskiego**
* **Deklaruję** posiadanie wykształcenia wyższego -dyplom **licencjata pielęgniarstwa**
* **Deklaruję** posiadaniewykształcenia wyższego -dyplom **magistra pielęgniarstwa**

1. **Kryterium kompleksowość świadczeń**

Poniżej zaznaczyć właściwe:

* Deklaruję udzielanie świadczeń zdrowotnych **bez udziału podwykonawców**
* Deklaruję udzielanie świadczeń zdrowotnych **z udziałem podwykonawców**

1. **Kryterium dostępność świadczeń**

Poniżej zaznaczyć właściwe:

* Deklaruję udzielanie świadczeń zdrowotnychzgodnie **z miesięcznym harmonogramem pracy,** określonym przez Zamawiającego
* Deklaruję udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie **z miesięcznym harmonogramem pracy, z możliwością zmiany dyżurów na wezwanie w związku z potrzebami Zamawiającego**

1. **Kryterium ciągłość świadczeń**

Poniżej zaznaczyć właściwe:

* Dotychczas **posiadałem zawartą z Zamawiającym umowę na realizację świadczeń** będących przedmiotem zamówienia
* Dotychczas **nie posiadałem zawartej z Zamawiającym umowy na realizację świadczeń** będących przedmiotem zamówienia

1. Termin wykonania – usługi będą świadczone **przez okres 12 miesięcy** od dnia zawarcia umowy.
2. Oświadczam, że:
3. akceptuję w całości warunki określone w Materiałach informacyjnych, zapoznałam/em   
   się z postanowieniami umowy i zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy zgodnie z niniejszą ofertą na warunkach określonych w Załączniku nr 2;
4. wraz z ofertą składam następujące oświadczenia i dokumenty:

..........................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................

…………………, dnia………… …………….....................……….

(czytelny podpis Przyjmującego zamówienie,

lub parafka wraz z imienną pieczątką)