

## OFERTA

### 1. Dane oferenta

Imię i nazwisko oferenta/nazwa oferenta .....

.....

telefon .....

e-mail.....

adres: kod..... Miejscowość .....

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

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

REGON. ....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Nr indywidualnej praktyki lekarskiej.....

Nr Księgi Rejestrowej .....

### 2. Oferta dotyczy:

**„Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę operacyjną / pielęgniarza operacyjnego na Bloku Operacyjnym w SPZOZ Opolskie Centrum Onkologii w Opolu”**  
na warunkach określonych w konkursie.

### 3. Oferta cenowa

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za:

- stawka za **każdą** godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych brutto .....zł/h  
(słownie zł; ..... ) przy  
wymiarze do 50% godzin wynikających z normy dla równoważnika 1 etatu (160 godzin) – tj. do  
80 faktycznie wypracowanych w danych m-cu godzin

- stawka za **każdą** godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych brutto .....zł/h  
(słownie zł: ..... ) powyżej  
50% godzin wynikających z normy dla równoważnika 1 etatu (160 godzin) – tj. od 81 faktycznie  
wypracowanych w danym m-cu godzin i więcej \* (wypełnić w przypadku zaznaczenia kryterium  
dostępność).

### Oświadczenia :

1. **Deklaruję** termin zawarcia umowy na okres 12 miesięcy, tj. od dnia<sup>1</sup>:

1) 01.10.2024r.,

2) 27.10.2024r.

---

<sup>1</sup> oznaczyć właściwie; w przypadku równoważnych ofert i oznaczenia tożsamego okresu wyboru dokona  
Udzielający Zamówienia;

2. **Posiadam/nie posiadam**<sup>2</sup> doświadczenie za okres dłuższy aniżeli 2- lata w udzielaniu świadczeń zdrowotnych na stanowisku pielęgniarki/pielęgniacza operacyjnego na bloku operacyjnym w podmiocie leczniczym – szpital o profilu onkologicznym, ( wpisać i załączyć stosowne dokumenty ).

3. **Zapewniam/Nie zapewniam**<sup>3</sup> dyspozycyjność udzielania świadczeń zdrowotnych należących do zadań pielęgniarki/ pielęgniacza operacyjnego w wymiarze powyżej minimalnego wymaganego przez Udzielającego zamówienia 40 - 50 % godzin wynikających z normy dla równoważnika 1 etatu (160 godzin) w poszczególnych miesiącach przez większość okresu, na który będzie zawarta Umowa. tj. wymiar powyżej 50%.

4. **Realizowałem/łam / nie realizowałem/łam**<sup>4</sup> w okresie ostatnich 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających złożenie oferty świadczenia zdrowotne stanowiące przedmiot konkursu na stanowisku pielęgniacza/pielęgniarki na bloku operacyjnym.

5. Składając niniejszą ofertę oświadczam, że znane mi są warunki konkursu określone w SWKO i spełniam je, na dowód czego przedkładam stosowne dokumenty. W przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się podpisać i realizować umowę sporządzoną w oparciu o przedstawiony przez Udzielającego zamówienia projekt umowy. Nie wnoszę zastrzeżeń do wzoru umowy.

.....

.....

Miejscowość i data

podpis Oferenta

\* niepotrzebne skreślić

---

<sup>2</sup> oznaczyć właściwie;

<sup>3</sup> oznaczyć właściwie;

<sup>4</sup> oznaczyć właściwie;