*Załącznik nr 2 do ogłoszenia o zamówieniu*

**Szpital Dziecięcy Polanki**

**im. Macieja Płażyńskiego w Gdańsku Sp. z o.o.**

ul. Polanki 119

80-308 Gdańsk

**FORMULARZ OFERTOWY**

###### **Świadczenie usług opieki pielęgniarskiej na rzecz pacjenta objętego opieką w ramach Zespołu dla Długoterminowej Opieki Domowej dzieci wentylowanych mechanicznie.**

Imię i nazwisko ...............................................................................

Adres zamieszkania ................................................................................

PESEL …..............................................................................

Tel ..........................................................................……

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

w odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu składam niniejszą ofertę.

###### Oferuję realizację zamówienia zgodnie z warunkami zawartymi w „Instrukcji dla Wykonawców” na rzecz pacjenta objętego opieką w ramach Zespołu dla Długoterminowej Opieki Domowej dzieci wentylowanych mechanicznie za

**wynagrodzenie brutto:** .............................................................. zł **za każdą dobę opieki nad pacjentem**

(słownie brutto: ………………………………………..….....................................................................................................)

Łącznie wartość brutto oferty, **za 275 dni** opieki nad ………………. pacjentem w okresie od dnia 01.04.2020 r. do dnia 31.12.2020 r. **wynosi …………………… zł brutto** (wynagrodzenie brutto x **275 dni**)

**(słownie brutto: ………………………………………………………………………………………..)**

**Oświadczenia wykonawcy:**

1. Cena oferty zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia i nie będzie podlegała zmianom przez cały okres realizacji przedmiotu zamówienia.
2. Akceptuję 14 dniowy termin płatności, liczony od daty złożenia prawidłowo sporządzonego rachunku, zawierającego rodzaj i ilość udzielonych świadczeń, wystawionego do 5 dnia następnego miesiąca za świadczenia wykonane w miesiącu poprzednim.
3. Zobowiązuję się realizować usługę w terminie **od dnia 01.04.2020 r. do dnia 31.12.2020** **r.**
4. Oświadczam, że:
	1. zapoznałam/łem się ze szczegółowymi warunkami zawartymi w dokumentacji Zapytania ofertowego i przyjmuję je bez zastrzeżeń,
	2. zapoznałam/łem się projektem umowy i w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy zgodnie z załączonym wzorem,
	3. akceptuję wskazany w Instrukcji dla Wykonawców czas związania ofertą – 30 dni od upływu terminu składania ofert,
	4. wszelkie podane w ofercie informacje są prawdziwe.
5. **Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu tj.** oświadczam, że:

………………………………………………………………………………………

*imię i nazwisko osoby, która będzie uczestniczyć w realizacji zamówienia*

spełnia następujące wymagania**:**

* 1. posiada czynne prawo wykonywania zawodu pielęgniarki;
	2. posiada specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub opieki paliatywnej, lub opieki długoterminowej, lub pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub kurs specjalistyczny w zakresie opieki paliatywnej lub pielęgnowania pacjenta wentylowanego mechanicznie, lub jest w trakcie tych specjalizacji lub kursów, tj. ………………………………………………………………………………………………………………………………………… *(proszę wskazać specjalizację lub kurs)*;
	3. posiada minimum 1 rok doświadczenia zawodowego w zawodzie pielęgniarki;
	4. nie była karana za przestępstwa na tle seksualnym oraz popełnione w trakcie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej lub umyślne.

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

*podpis składającego ofertę*

1. Do niniejszej oferty załączam następujące dokumenty, które stanowią jej integralną część:
2. ……………………………………………….;
3. ……………………………………………….;

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

*Miejscowość, data, podpis składającego ofertę*