

Miejsce składania ofert:

Wojskowy Instytut Medyczny
Państwowy Instytut Badawczy
ul. Szaserów 128
04-141 Warszawa

O F E R T A

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez 1 technika masażystę w Ośrodku Rehabilitacji
Dziennej – Szpital w Legionowie**

Imię.....
Nazwisko.....
PESEL.....
Nr dyplomu technika masażysty
NIP.....REGON.....
Numer paszportu (wymagany w przypadku obywatelstwa innego niż polskie)
Pełna nazwa indywidualnej praktyki
.....
Adres indywidualnej praktyki
.....
Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki)
.....
Adres e-mail do kontaktu w sprawie postępowania konkursowego
Jako służbowy kanał informacyjny wskazuję nr telefonu komórkowego
Nr rachunku bankowego
Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) ważne od: do:
Zaświadczenie lekarskie ważne od: do: *1
Szkolenie w zakresie BHP ważne od: do: *2
Szkolenie w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta (jeśli dotyczy) ważne od:
do:

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez 1 technika masażystę w Ośrodku Rehabilitacji Dziennej – Szpital w Legionowie, ul. Zegrzyńska 8, 05-119 Legionowo, na zasadach określonych w projekcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem.

Oferent oświadcza, iż:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i warunkami konkursu.

¹ * Jeśli w dokumencie nie jest określona data obowiązywania „do” należy przyjąć maksymalnie 3 lata od daty obowiązywania „od”.

² * Jeśli w dokumencie nie jest określona data obowiązywania „do” należy przyjąć maksymalnie 5 lat od daty obowiązywania „od”.

2. Świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem udzielać będzie w Wojskowym Instytucie Medycznym – Państwowym Instytucie Badawczym w Legionowie.
3. Posiada dyplom technika masażysty.
4. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) w zakresie określonym w przepisach ustawy o działalności leczniczej.
5. Posiada ważne orzeczenie/zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na stanowisku objętym niniejszym konkursem.
6. Posiada aktualne zaświadczenia o ukończeniu szkolenia okresowego w zakresie BHP wymaganego dla swojej grupy zawodowej, której charakter pracy wiąże się z narażeniem na czynniki szkodliwe dla zdrowia, uciążliwe lub niebezpieczne albo z odpowiedzialnością w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.
7. Na dzień obowiązywania niniejszej umowy nie posiada zawartej umowy o pracę z Wojskowym Instytutem Medycznym - Państwowym Instytutem Badawczym.
8. Nie zalega w opłacaniu składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, nie są one rozłożone na raty, nie jest zwolniony z ich uiszczania.
9. Nie zalega w opłacaniu podatków, nie są one rozłożone na raty, nie jest zwolniony z ich uiszczania.
10. Nie został prawomocnie skazany za co najmniej jedno z następujących przestępstw: przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu; przestępstwo przekupstwa; przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowej; przestępstwo skarbowego albo mające na celu popełnienie przestępstwa skarbowego.
11. Nie toczy się przeciwko niemu postępowanie karne w związku z podejrzeniem popełnienia przestępstwa, mającego związek z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych.
12. Inne dokumenty potwierdzające doświadczenie i wykształcenie.
13. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:
 - za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych - **zł**
 - minimalna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu - **h** *(zgodnie z SWKO oferta zostanie uznana za nieważną jeżeli zostanie złożona na mniejszą niż 150 liczbę godzin)*
 - maksymalna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu - **h** *(zgodnie z SWKO oferta zostanie uznana za nieważną jeżeli zostanie złożona na większą niż 200 liczbę godzin)*

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis)

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. aktualny wydruk z CEIDG;

2. kserokopia dyplomu technika masażyisty;
3. kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r., poz. 450 z późn. zm.);
4. kserokopia ważnego orzeczenia/zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na stanowisku objętym niniejszym konkursem;
5. kserokopia aktualnego zaświadczenia o ukończeniu szkolenia okresowego w zakresie BHP wymaganego dla swojej grupy zawodowej, której charakter pracy wiąże się z narażeniem na czynniki szkodliwe dla zdrowia, uciążliwe lub niebezpieczne albo z odpowiedzialnością w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy;
6. dodatkowe dokumenty potwierdzające doświadczenie i wykształcenie;
7. podpisany Formularz Ofertowy (wypełniony pismem drukowanym lub na komputerze);
8. parafowany Wzór Umowy.

SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY:

1. strony ponumerowane i ułożone zgodnie z „ZAŁĄCZNIKIEM DO OFERTY” lub z zapisami części III pkt.1 SWKO;
2. dokumenty złożone w formie oryginału lub datowanej kserokopii poświadczenia *za zgodność z oryginałem*.