

.....
(Pieczęć oferenta/ imię i nazwisko)

FORMULARZ OFERTOWY

I. INFORMACJE O OFERENCIE (WYPEŁNIA SKŁADAJĄCY OFERTE):

1. Nazwa i adres praktyki*/ imię i nazwisko

.....
.....

Reprezentowana przez:.....

2. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą*.....

3. NIP.....* REGON.....* PESEL.....

4. Telefon..... adres e-mail.....

5. Numer prawa wykonywania zawodu

6. Dyplom ukończenia (Liceum, Technikum, Szkoła wyższa).....

7. Uzyskany tytuł.....

8. Dziedzina specjalizacji

9. Kurs Kwalifikacyjny z zakresu.....

10. Dodatkowe kwalifikacje niezbędne przy udzielaniu świadczeń w wybranym poniżej zakresie.....

.....

II. PRZEDMIOT OFERTY (ZAZNACZYĆ „X”)

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- Udzielanie świadczeń zdrowotnych wg stawki godzinowej w SOR,
- Udzielanie świadczeń zdrowotnych wg stawki godzinowej w ZMR,
- Pełnienie dyżuru pod telefonem w gotowości do świadczenia usług
- Udzielanie świadczeń zdrowotnych wg stawki godzinowej w Transporcie Między-szpitalnym.

III. OFEROWANE STAWKI ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE OBJĘTE POSTĘPOWANIEM KONKURSOWYM:

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnychzł brutto za 1 godzinę w ZRM,
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnychzł brutto za 1 godzinę w SOR,
3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych zł brutto za 1 godzinę w obsadzie karetki,
4. Pozostawanie w gotowości do świadczenia usług zł brutto za 1 godzinę

Stawka godzinowa zawiera kwotę dodatku przyznanego na podstawie Zarządzenia nr122/2021/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30.06.2021 z późn. zm.

5. Deklarowana liczba godzin świadczenia usług w miesiącu
6. Liczba dni urlopu(przy wypracowaniu minimum 180 godzin w miesiącu)

IV. OŚWIADCZENIE OFERENTA:

Niniejszym oświadczam, że:

1. Zapoznałem/-łam się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi warunkami Konkursu Ofert (SWKO) oraz warunkami przyszłej umowy i warunki te przyjmuje bez zastrzeżeń.
2. W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia i na zasadach określonych szczegółowymi warunkami konkursu ofert.
3. Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni o dacie terminu składania ofert oraz zobowiązuje się do podpisania umowy w terminie określonym przez Zamawiającego.
4. Ofertę niniejszą składam na kolejno ponumerowanych stronach.
5. Załącznikami do niniejszego formularza oferty, stanowiącymi integralną część oferty są:
 - a) wpis do ewidencji działalności gospodarczej*;
 - b) wpis do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarskich*;
 - c) umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej;
 - d) dyplom ukończenia szkoły/ studiów;
 - e) prawo wykonywania zawodu;
 - f) dyplomy potwierdzające kwalifikacje;
 - g) zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza medycyny pracy w tym badania epidemiologiczne;
 - h) zaświadczenie o odbytych szkoleniu z zakresu BHP.

* dotyczy prowadzących działalność gospodarczą

.....
(Podpis i pieczęć oferenta)

Niniejszym oświadczam, iż dokumenty potwierdzające kwalifikacje oraz dane identyfikacyjne uprzednio złożone a znajdujące się w posiadaniu Udzielającego zamówienie, wykazane w Dziale Kadr i Płac Szpitala Międzyrzeckiego Sp. z o.o. w Międzyrzeczu- są nadal aktualne. W przypadku zmian zobowiązuje się dostarczyć aktualne dokumenty.

.....
(Podpis i pieczęć oferenta)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów ogłoszonego konkursu (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r. tj. Dz. U. 02 nr 101 poz. 926 z późn. zm.)

.....
(Podpis i pieczęć oferenta)