

Międzyrzecz, dnia.....

.....
(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 z zakresu pielęgniarstwa wg stawki godzinowej w oddziale chirurgii;
- ☐ Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgniarstwa wg stawki godzinowej w szpitalnym oddziale ratunkowym,
- ☐ Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgniarstwa wg stawki godzinowej w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej
- ☐ Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgniarstwa wg stawki godzinowej w Bloku Operacyjnym,
- ☐ Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgniarstwa wg stawki godzinowej w Oddziale Rehabilitacji,
- ☐ Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgniarstwa wg stawki godzinowej w Oddziale Internistyczno-Kardiologicznym,
- ☐ Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgniarstwa wg stawki godzinowej w Oddziale Dziecięcym,

- ☐ Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgniarstwa wg stawki godzinowej w Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- ☐ Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgniarstwa wg stawki godzinowej w innym oddziale – podać w jakim.....

III. OFEROWANE STAWKI ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE OBJĘTE POSTĘPOWANIEM KONKURSOWYM:

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnychzł brutto za 1 godzinę.
2. Deklarowana liczba godzin świadczenia usług 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 daty 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 pielęgniarских*;
 - 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 odbytym szkoleniu z zakresu BHP,
 - i) zaświadczenie o niekaralności – dotyczy NiSOZ, Oddział Dziecięcy, SOR

* dotyczy prowadzących działalność gospodarczą

.....
(Podpis i pieczęćka 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)