

.....
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.....
Adres podmiotu, telefon, e-mail

.....
Rodzaj rejestru, NIP, REGON

Formularz Ofertowy
na udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych
w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (Poradnia nr 1 i Poradnia nr 2)
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w:

.....

przez pielęgniarkę.

Oświadczam, że zapoznałam (-em) się z treścią ogłoszenia o Konkursie Ofert, Regulaminem przeprowadzania Konkursu Ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

Do oferty dołączam uwierzytelnione kserokopie:

1. Aktualny odpis z właściwego rejestru, albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej lub wypis z rejestru podmiotów leczniczych oraz wyciąg z KRS.
2. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.
3. Zaświadczenie o numerze identyfikacji podatkowej NIP.
4. Zaświadczenie potwierdzające kwalifikacje zawodowe – dyplom uzyskania tytułu pielęgniarki.
5. Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki.
6. Zaświadczenie o zachowaniu ciągłości zatrudnienia, bądź świadczenia usług jako pielęgniarka w ciągu 12 miesięcy licząc od 01.01.2020r.
7. Orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku pielęgniarki.
8. Polisa ubezpieczenia OC.
9. Wypełniony formularz oferty.
10. Wypełnione oświadczenie Oferenta.
11. W przypadku, gdy do Konkursu przystępuje podmiot leczniczy: dokumenty wymienione w punktach od 1,2,3,8,9,10 oraz listy pielęgniarek wraz z oświadczeniem, że na dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu podmiot będzie miał zawarte umowy z pielęgniarkami wykazanymi w ofercie, oświadczenie, że podmiot posiada wymagane dokumenty dotyczące uprawnień wykazanych pielęgniarek tj. numer prawa wykonywania zawodu, dokumenty dotyczące posiadanych kwalifikacji, dokumenty dotyczące badań lekarskich uprawniających do wykonywania zawodu, dokumenty dotyczące ubezpieczenia oraz oświadczeniem, że pielęgniarki wykazani w ofercie posiadają ciągłość w udzielaniu pielęgniarских świadczeń zdrowotnych.

Za realizację zamówienia oczekuję wynagrodzenia w kwocie:

- a) zł brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach 18.00 – 8.00
- b) zł brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach 8.00 – 8.00.

Zobowiązuję się do realizacji przedmiotu zamówienia w okresie od do

Zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem Konkursu w dniach i godzinach uzgodnionych w drodze porozumienia Stron z Udzielającym Zamówienia.

.....
miejscowość i data

**niepotrzebne skreślić*

.....
podpis Oferenta,
bądź osoby upoważnionej

OŚWIADCZENIE OFERENTA

.....
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.....
Adres podmiotu, telefon, e-mail

.....
Rodzaj rejestru, NIP, REGON,

Oświadczam, że:

1. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia (w przypadku podmiotu leczniczego: oświadczam, że pielęgniarki, z którymi na dzieńr. zawrę umowy posiadają odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń objętych przedmiotem zamówienia).
2. Samodzielnie dokonuję wszelkich rozliczeń z Urzędem Skarbowym.
3. Zapoznałem się z Regulaminem Konkursu i przyjmuję jego treść bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zapoznałem się z warunkami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
6. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Organizatora Konkursu.

.....
miejscowość i data

.....
podpis Oferenta,
bądź osoby upoważnionej