

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

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

.....
Rodzaj rejestru, NIP, REGON

Oferta
na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Szpitalnym Oddziale
Ratunkowym Szpitala Powiatowego w Chrzanowie

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w:
Szpitalnym Oddziale Ratunkowym 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 w zakresie świadczenia usług medycznych w ciągu 12 miesięcy licząc od 01.01.2022r.
7. Orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku pielęgniarki.
8. Polisa ubezpieczenia OC.
9. Wypełniony formularz ofertowy.
10. Wypełnione oświadczenie Oferenta.
11. W przypadku, gdy do Konkursu przystępuje podmiot leczniczy: dokumenty wymienione w punktach 1,2,3,9,10,11 oraz listy pielęgniarek specjalistek wraz z oświadczeniem, że na dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu podmiot będzie miał z nimi zawarte umowy.

Za realizację zamówienia oczekuję wynagrodzenia w kwocie:

..... zł brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

Zobowiązuję się do realizacji przedmiotu zamówienia w okresie od do.....
w wymiarze około godz. / mies.

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

.....
miejscowość i data

.....
podpis Oferenta,
bądź osoby upoważnionej

*właściwe zaznaczyć

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 dzień 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