

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w zakresie pielęgniarstwa wraz z koordynacją na rzecz pacjentów Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kartuzach

I. DANE OFERENTA:

Pełna nazwa i adres Oferenta:

.....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem Oferenta)

.....

Adres e mail :

Telefon do kontaktu

należy podać obowiązkowo:

Nazwa i numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą:

.....

Nr wpisu do rejestru przedsiębiorców (KRS)* lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności

Gospodarczej (nr NIP):

.....

PESEL.....

Zawód.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

KWALIFIKACJE ZAWODOWE	W JAKIEJ/M DZIEDZINIE/ZAKRESIE
SPECJALIZACJA W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA	
WYKSZTAŁCENIE WYŻSZE PIELĘGNIARSKIE	

.....

(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)

*wpisać jeżeli dotyczy

II. OFERTA CENOWA I DOSTĘPNOŚCI

Nazwa świadczeń zdrowotnych	Minimalna liczba godzin w stosunku miesięcznym przeznaczonych na wykonywanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego	Udzielanie świadczeń zdrowotnych - stawka brutto za 1 godzinę
Świadczenie usług medycznych wraz z koordynowaniem pracy podległego personelu	160 godzin zł brutto (słownie:)
Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru pielęgniarskiego zł brutto (słownie:)

Uwaga:

1. W kolumnach, gdzie wskazano, aby podać proponowane wynagrodzenie należy je wskazać dokładnie i zgodnie z opisem w tabeli (za jedną godzinę świadczenia usługi).
2. Wynagrodzenie powinno zostać podane w złotych polskich cyfrowo.

.....

(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)

III. OŚWIADCZENIE OFERENTA *

Oświadczam, że :

1. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń dotyczących ww. dokumentów;
2. w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia;
3. zapoznałem/am się z projektem umowy i akceptuję warunki w niej zawarte;
4. wykonam świadczenia wymienione w ofercie zgodnie z przepisami prawa, aktualną wiedzą medyczną i treścią umowy zawartej z udzielającym zamówienia.
5. dotychczas wykonywałam/em na rzecz Udzielającego zamówienie takie same świadczenia zdrowotne jakich dotyczy składana oferta, w związku z powyższym oświadczam, że dokumenty wymienione w cz. IV Formularza Ofertowego znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienia i są aktualne.
6. posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej* / zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej* na warunkach wskazanych w projekcie umowy;
7. **nie jestem zawieszona/y w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona/y w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej lub przepisów o samorządzie pielęgniarek i położnych;**
8. nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu stosownym środkiem zapobiegawczym;
9. nie mam przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;
10. samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em;
11. **zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii następujących dokumentów:**
 - potwierdzających ukończenie kursu BHP,
 - stosownych zaświadczeń lekarskich,

- dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej, w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy o działalności leczniczej wraz z dowodem zapłaty;
 - informacji z Krajowego Rejestru Karnego.
12. **świadczę pracę / nie świadczę pracy** *) w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kartuzach na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej. Oświadczam, że posiadam wiedzę, że nie można świadczyć usług jednocześnie na podstawie umowy o pracę i umowy cywilnoprawnej zawartej w wyniku konkursu.

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)

* niepotrzebne skreślić

IV. W CELU UZNANIA, ŻE OFERTA SPEŁNIA WYMAGANE WARUNKI, OFERENT DOŁĄCZA DO OFERTY NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY ** (na podstawie części V SWKO):

- 1) aktualny dokument potwierdzający wpis Oferenta do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;
- 2) aktualny dokument potwierdzających wpis Oferenta do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do tej ewidencji;
- 3) poświadczony za zgodność z oryginałem przez Oferenta odpis aktualny z Krajowego Rejestru Sądowego, w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do tego rejestru,
- 4) kserokopie (na żądanie udzielającego zamówienia oryginały) dokumentów potwierdzających kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarstwa lub położnej (**dyplom licencjata i dyplom magistra, prawo wykonywania zawodu, dyplomy specjalizacji, stopnie i tytuły naukowe, potwierdzenie ukończenia kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych, itd.**),
- 5) pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez pełnomocnika upoważnionego do występowania w imieniu Oferenta,
- 6) inne, dodatkowo składane przez oferenta:

** należy skreślić pozycje dokumentów, których oferent nie składa

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)