

Formularz ofertowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych**w „Szpitalu Giżyckim” Sp. z o.o.**

1. Po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia dotyczącego konkursu ofert na **udzielanie świadczeń zdrowotnych**, szczegółowymi warunkami konkursu ofert i wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, niniejszym składam swoją ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na zasadach podanych w w/w dokumentach wykonywanych przez:

Pielęgniarkę w komórkach organizacyjnych Szpitala:

Oddziału Poradni/Pracowni.....*)

Położną w komórkach organizacyjnych Szpitala

Oddziału Poradni/Pracowni.....*)

*) niepotrzebne skreślić

Nazwa, siedziba oferenta (pieczęć oferenta jeśli posiada)	
Imię i nazwisko	
Nr telefonu komórkowego	
Nr prawa wykonywania zawodu	
Nr wpisu do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych (podać siedzibę OIPiP)	
NIP	
REGON	
Nr konta bankowego	
Adres e-mail	

2. Oferent posiada:

- Specjalizację w dziedzinie:.....
 Kurs kwalifikacyjny:.....

3. Proponowana kwota za*:

- udzielanie świadczeń zdrowotnych** w - kwotazł brutto za godzinę przy minimalnej liczbie godzin miesięcznie zgodnie z harmonogramem pracy;
- udzielanie - świadczeń zdrowotnych w NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ** – przy minimalnej liczbie godzin miesięcznie:
- w dni powszednie zł brutto za godzinę,
 - w soboty, niedziele, święta ustawowo wolne pracyzł brutto za godzinę.

4. Maksymalny okres trwania umowy: **01.04.2019 r. – 31.12.2019r.**

5. Oświadczam, że:

1. świadczenia wykonywane będą w „Szpitalu Giżyckim” Sp. z o.o. w restrukturyzacji, przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w dyspozycji Udzielającego zamówienia,
2. nie wnoszę zastrzeżeń do treści ogłoszenia, warunków przystąpienia do konkursu, projektu umowy oraz posiadam niezbędne informacje do sporządzenia oferty,
3. jestem uprawniona(y) do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymaganiami ustawowymi,
4. posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania zadania oraz dysponuję odpowiednią wiedzą i doświadczeniem, a także możliwościami do wykonania zamówienia,
5. załączniki w postaci kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:

- prawo wykonywania zawodu,
- dyplom uzyskania tytułu pielęgniarki / położnej,
- dokumenty potwierdzające posiadanie innych kwalifikacji/specjalizacji osób, które będą wykonywały świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu ofert,
- wpis do ewidencji działalności gospodarczej,
- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- kopię statutu, odpis z KRS (jeśli dotyczy),
- zaświadczenie lekarskie o zdolności do podjęcia świadczeń, wystawione przez lekarza medycyny pacy,
- aktualne zaświadczenie o przeszkoleniu BHP (jeśli posiada)

zostały złożone Udzielającemu Zamówienia przy zawarciu poprzedniej umowy i znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienia, a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie
lub
stanowią załącznik do niniejszej oferty.

UWAGA!

Warunkiem podpisania umowy będzie przedstawienie aktualnej polisy **obowiązkowego** ubezpieczenia OC

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczętka, podpis)

* właściwe zaznaczyć

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu rekrutacji oraz w przyszłości zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)”.

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczętka, podpis)