

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

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

.....
Rodzaj rejestru, NIP, REGON

Oferta
na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Techników Elektroradiologii
w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej Szpitala Powiatowego w Chrzanowie

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w
przez Technika Elektroradiologii.

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.
5. Zaświadczenie potwierdzające co najmniej 2 letni staż jako Technik Elektroradiolog.
6. Zaświadczenie lub dyplom potwierdzający doświadczenie w pracy na aparatach wykorzystywanych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej (RTG cyfrowe/półcyfrowe, mammograficzne, TK, obsługa aparatu przewoźnego).
7. Zaświadczenie potwierdzające doświadczenie w obsłudze systemu teleradiologii.
8. Zaświadczenie o zachowaniu ciągłości zatrudnienia, bądź świadczenia usług jako Technik Elektroradiolog w ciągu 12 miesięcy licząc od 01.01.2021r.
9. Zaświadczenie potwierdzające przeszkolenie z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
10. Orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku Technika Elektroradiologii.
11. Polisa OC.
12. Wypełniony formularzy ofertowy.
13. Wypełnione oświadczenie Oferenta.
14. W przypadku, gdy do Konkursu przystępuje podmiot leczniczy: dokumenty wymienione w punktach od 1,2,3,11,12,13 oraz listy Techników Elektroradiologii 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:

- a) zł brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach 6.00 – 19.00 w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej,
- b)zł brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach 19.00 – 6.00; soboty, niedzielę i święta w godzinach 6.00 – 6.00 w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej.

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.

.....
miejsowość i data

.....
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 Technicy Elektroradiologii, 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.

.....
miejsce i data

.....
podpis Oferenta,
bądź osoby upoważnionej