

.....  
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 Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii Szpitala Powiatowego w Chrzanowie**

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w **Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii** 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 oraz dokumenty potwierdzające posiadanie specjalizacji lub realizowanie specjalizacji w wymaganej dziedzinie lub posiadanie kursu kwalifikacyjnego lub realizowanie kursu kwalifikacyjnego w wymaganej dziedzinie.
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 formularzy 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 Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii.

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.

.....  
miejsce 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.

.....  
miejsce i data

.....  
podpis Oferenta,  
bądź osoby upoważnionej