

.....
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. Polisa ubezpieczenia NNW.
10. Zaświadczenie o przeszkoleniu w zakresie bhp.
11. Wypełniony formularzy ofertowy.
12. Wypełnione oświadczenie Oferenta.
13. W przypadku, gdy do Konkursu przystępuje podmiot leczniczy: dokumenty wymienione w punktach 1,2,3,8,11,12 oraz listy pielęgniarek specjalistek wraz z oświadczeniem, że na dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu podmiot będzie miał z nimi zawarte umowy, oświadczenie, że podmiot posiada wymagane dokumenty dotyczące uprawnień wykazanych pielęgniarek tj. dyplom, numer prawa wykonywania zawodu, dokumenty dotyczące posiadanych specjalizacji, dokumenty dotyczące badań lekarskich uprawniających do wykonywania zawodu, dokumenty dotyczące ubezpieczenia, przeszkolenia bhp wraz z oświadczeniem, że pielęgniarki wykazani w ofercie posiadają ciągłość w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

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.

.....
miejsowość 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.

.....
miejsowość i data

.....
podpis Oferenta,
bądź osoby upoważnionej