

.....
(miejsowość, data)

Pieczęć Oferenta:

Szpital Wojewódzki im. Prymasa
Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Sieradzu
ul. Armii Krajowej 7
98-200 Sieradz

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

przez pielęgniarkę/pielęgniarza w zakresie pielęgniarstwa w komórkach organizacyjnych Szpitala Wojewódzkiego w Sieradzu

I. Dane Oferenta

1) Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą

.....
.....

2) Imię.....

3) Nazwisko.....

4) PESEL.....

5) Nr prawa wykonywania zawodu.....

6) NIP.....REGON.....

7) Adres zamieszkania

.....

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

.....

8) Tel. Kontaktowy

.....

II. Kwalifikacje zawodowe Oferenta:

- Posiadanie tytułu magistra z zakresu pielęgniarstwa
- Posiadanie tytułu licencjata z zakresu pielęgniarstwa
- Ukończone Studium/Liceum Medyczne z zakresu pielęgniarstwa

III. Doświadczenie w pracy/udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym procedura konkursową:

- 1-5 lat
- 6-15 lat
- powyżej 15 lat

IV. Proponowana stawka za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:

✓ cena brutto zł za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

V. Proponowana liczba godzin/punktów udzielania świadczeń miesięcznie na rzecz Udzielającego zamówienie

- 0 – 80
- 81-160
- powyżej 160

VI. Wyrażam zgodę na zawarcie umowy na okres miesięcy.

VII. Oświadczenie Oferenta:

Oświadczam, że zapoznałem się z przedmiotem postępowania o udzielanie określonych świadczeń opieki zdrowotnej, treścią ogłoszenia o konkursie, SWKO, kryteriami oceny ofert, warunkami wymaganymi od świadczeniodawców oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.

.....
(data złożenia oświadczenia)

.....
(pieczęć i czytelny podpis oferenta)

Załączniki:

- 1) kopia wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą * **/*
- 2) wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej lub aktualne zaświadczenie o wpisie do KRS ***/**/*
- 3) kopie dokumentów (dyplom ukończenia szkoły/uczelni medycznej, prawo wykonywania zawodu, posiadanych specjalizacji)* * lub przedłożenie wykazu osób uczestniczących przy realizacji zamówienia z podaniem kwalifikacji *
- 4) kserokopia polisy OC lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy * * **/**/*
- 5) kopia certyfikatu jakości ISO 9001 *
- 6) zaświadczenia z przeszkolenia w zakresie bhp i ppoż. **/****
- 7) kopia akredytacji *
- 8) kopia skierowania na badania lekarskie (wstępne, okresowe, kontrolne) oraz aktualnego zaświadczenia od lekarza profilaktyka o braku przeciwwskazań do udzielania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych oraz aktualnego zaświadczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych lub złożenie oświadczenia o przedłożeniu zaświadczeń do dnia rozpoczęcia działalności* **/****
- 9) oświadczenia * * **/**/*
- 10) pełnomocnictwo do podpisania i złożenia oferty wraz z wszystkimi załącznikami *

*** dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą/osób fizycznych, które uzyskały zawodowe uprawnienia i udzielają ich w ramach działalności gospodarczej

** dotyczy indywidualnych/ indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich

* dotyczy podmiotów leczniczych