

.....
(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 anestezjologicznego
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 wraz z kursem kwalifikacyjnym i/lub specjalizacją z pielęgniarstwa anestezyjologicznego*/**
- Posiadanie tytułu licencjata z zakresu pielęgniarstwa wraz z kursem kwalifikacyjnym i/lub specjalizacją z pielęgniarstwa anestezyjologicznego*/**
- Ukończone Studium/Liceum Medyczne z zakresu pielęgniarstwa wraz z kursem kwalifikacyjnym i/lub specjalizacją z pielęgniarstwa anestezyjologicznego*/**

*niewłaściwe skreślić

**w przypadku nie posiadania kursu kwalifikacyjnego i/lub specjalizacji z pielęgniarstwa anestezyjologicznego wymagane minimum 2 letnie doświadczenie w pracy w zakresie objętym procedurą konkursową

III. Doświadczenie w pracy/udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym procedurą 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