

Formularz oferty

I. Instrukcja dla Oferenta :

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczetowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczętą Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Wszystkie strony Formularza oferty muszą być parafowane przez Oferenta.

II. Dane Oferenta:

Imię i nazwisko													
Nr prawa wykonywania zawodu													
Organ prowadzący rejestr													
Adres zamieszkania													
Kraj				Miejscowość									
Kod pocztowy				Poczta									
Ulica						Nr domu				Nr lokalu			
E-mail						telefon				fax			
Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):													
Kraj						Miejscowość							
Kod pocztowy				Poczta									
Ulica						Nr domu				Nr lokalu			

III. Kwalifikacje zawodowe i specjalizacja Oferenta wymagana w zakresie przewidzianym warunkami konkursu

.....

.....

.....

IV. Oferowana kwota wynagrodzenia:

1. Za realizację umowy proponuję stawkę w wysokości zł brutto za jedną godzinę wypracowaną w POZ w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w dni powszednie, w soboty, niedziele i święta.
2. Za realizację umowy proponuję stawkę w wysokości zł miesięcznie brutto za zabezpieczanie dyżurów w ramach zespołu wyjazdowego nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w dni powszednie, w soboty, niedziele i święta.

V. Oświadczenie:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen.
2. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie pielęgniarki wynosi lat.
3. Oświadczam, że staż pracy w komórce medycznej – oddziale lub poradni o specjalności zgodnej z profilem świadczenia będącego przedmiotem konkursu wynosi minimum lat.
4. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zleceniodawcę.
5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu Zleceniobiorcy na świadczenia zdrowotne, na zasadach określonych w MI, zgodnie z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
6. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od daty jej podpisania do dnia 30.06.2021r. i do rozpoczęcia udzielania świadczeń z tej umowy wynikających od dnia 01.03.2019r.
7. Oświadczam, że wyrażam zgodę na możliwość przedłużenia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w drodze aneksu o kolejne 12 miesięcy po upływie terminu jej obowiązywania.
8. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
9. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi i szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz załącznikami nr 3 i 4 i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
10. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
11. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
12. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
13. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Zleceniodawcy.
14. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez Zleceniodawcę harmonogramem.

VI. Do oferty załączam dokumenty:

1. prawo wykonywania zawodu pielęgniarki przyznane przez odpowiednią Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych,
2. dyplom pielęgniarki,
3. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe – w tym specjalizacje, kursy specjalistyczne, kursy kwalifikacyjne (tj. dyplom specjalizacji):
 - 1)
 - 2)

3)

4. polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,

5. (inne dokumenty – wskazać jakie).

*-niewłaściwe skreślić

.....
(pieczętka i podpis
Zleceniobiorcy)

.....
(miejsowość i data)