

.....
(miejsowość, data)

O F E R T A
NA UDZIELANIE PIELĘGNIARSKICH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

.....
w siedzibie Udzielającego Zamówienie

I. DANE OFERENTA

IMIĘ I NAZWISKO/NAZWA OFERENTA

Adres do korespondencji

PESEL Nr NIP.....

Nr prawa wykonywania zawodu

Specjalizacja

Tel. kontaktowy e-mail

II. PRZEDMIOT OFERTY

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie pielęgniarskich świadczeń medycznych w siedzibie Udzielającego Zamówienie zgodnie z projektem umowy kontraktowej/zlecenie o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie pielęgniarki wynosi lat .
2. Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursów ofert oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
3. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będę w Iłży w miejscu wskazanym przez Udzielającego Zamówienie oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego Zamówienie.
4. Świadczeń medycznych udzielać będę osobiście.
5. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) lub zobowiązuje się do przedłużenia polisy OC na okres obowiązywania umowy.
6. Posiadam uprawnienia i kwalifikacje wynikające z dokumentów załączonych do oferty.
7. Deklaracja ofertowa w zakresie w
ilość godzin na tydzień.....
 - poniedziałek
 - wtorek
 - środa
 - czwartek



- piątek
- sobota
- niedziela
- **proponuję następujące stawki należności za udzielane świadczenia:**
 - **cena jednostkowa (brutto) za 1 godz. udzielania świadczeń**

8. Zobowiązuje się do udzielania świadczeń medycznych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez Udzielającego Zamówienia harmonogramem.
9. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen.
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.
11. Zobowiązuje się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na świadczenia zdrowotne, zgodne z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Kopie dokumentów (dyplom, prawo wykonywania zawodu, posiadana specjalizacja).
3. Kserokopie polisy OC lub pisemne zobowiązania do przedłożenia w chwili podpisywania umowy.
4. Oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy.
5. Orzeczenie lekarskie lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych lub pisemne zobowiązania do przedłożenia w chwili podpisywania umowy.
6. Zaświadczenie o szkoleniu BHP lub pisemne zobowiązania do przedłożenia w chwili podpisywania umowy.

.....
data

.....
podpis oferenta

Działalność lecznicza na rzecz SP ZZOZ – Szpital w Iłży jest działalnością podstawową/dodatkową* (zaznaczyć właściwe).