

**Formularz oferty w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez
pielęgniarkę/pielęgniara**

w Oddziale/innej komórce organizacyjnej

.....
(nazwa jednostki organizacyjnej)

Szpitala Powiatowego w Kętrzynie

Kętrzyn,

.....
(imię i nazwisko składającego ofertę)

.....
(zawód, specjalność)

.....
(adres)

.....
(forma wykonywania działalności leczniczej przez oferenta z określeniem
danych identyfikujących podmiot leczniczy / praktykę zawodową)

Dyrektor

Szpitala Powiatowego w Kętrzynie

Po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz szczegółowymi warunkami konkursu i wzorem umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia opieki zdrowotnej składam niniejszą ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie zakresie:.....

.....
.....
.....
.....
.....

Oświadczam, że posiadam odpowiednie kwalifikacje i warunki do udzielania zamawianych świadczeń i przedkładam następujące dokumenty:

1. Zaświadczenie o wpisie do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, Nr księgi Rejestrowej i organ dokonujący wpisu.....
.....
2. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu;
Nr prawa do wykonywania zawodu
3. Dokumenty potwierdzający posiadane kwalifikacje/specjalizacje (z określeniem z jakiej dziedziny, którego stopnia i kiedy uzyskane)
4. Aktualną umowę ubezpieczenia OC za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych na sumę

5. Zaświadczenia o nadaniu nr REGON i NIP .
6. Zaświadczenie lekarskie o zdolności udzielania świadczeń w zakresie objętym ofertą, wystawione przez lekarza medycyny pracy.

Oświadczam, że dysponuję odpowiednią kadrą lekarską/pielęgniarską do wykonywania zamawianych świadczeń zdrowotnych (aktualne gdy oferentem jest podmiot leczniczy);*

Posiadam wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem (aktualne w przypadku praktyki zawodowej)*.

Proponuję następującą kwotę należności za realizację zamówienia (należy podać stawkę za godzinę. W przypadku osób, których oferta dotyczy wykonywania badań, konsultacji i procedur medycznych, oferent proponuję wynagrodzenie za poszczególne badania, procedurę lub konsultację, należy wskazać przybliżony czas wykonania jednego badania, procedury lub konsultacji):

.....
.....
.....

Proponuję następującą liczbę godzin realizacji zamówienia w ciągu miesiąca (należy podać minimalną i maksymalną liczbę godzin) :

Proponowany czas trwania umowy oddo

W przypadku, gdy oferent ma zawartą umowę ze Szpitalem na dzień złożenia oferty:

Oświadczam, że wyżej wymienione w poz. załączniki zostały złożone w Sekcji Kadr SP Kętrzyn jako załączniki do umowy NrZ dnia..... a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie.

.....
(podpis oferenta)

* niepotrzebne skreślić

Załączniki do formularza ofertowego:

- 1) załącznik A – oświadczenie oferenta
- 2) załącznik B – wykaz osób udzielających świadczeń zdrowotnych (dołączyć w przypadku gdy oferentem jest podmiot leczniczy)

Załącznik A do formularza ofertowego

.....
(miejsowość, data)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z projektem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń co do jej treści.
3. Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
5. Oświadczam, że w ostatnich pięciu latach:
 - nie było i aktualnie nie jest prowadzone przeciwko mnie postępowanie o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego,
 - nie zostałem ukarany przez sąd dyscyplinarny,
 - nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej,
 - nie jest wszczęte postępowanie mogące skutkować zawieszeniem mnie w prawie wykonywania zawodu.
6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla potrzeb rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych. (tj. Dz. U. z 2016r., poz. 922 z późn.zm.)

*) niepotrzebne skreślić

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

Załącznik B do formularza ofertowego

Nazwa oferenta

WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZŃ ZDROWOTNYCH

Lp.	Imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	Numer prawa wykonywania zawodu	Zawód/Specjalizacja (nazwa, stopień, data uzyskania lub rozpoczęcia)	Dodatkowe kwalifikacje	Doświadczenie zawodowe
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

Data sporządzenia

Podpis oferenta