Załącznik nr 1 do SWKO

Poddębice, dnia ………………

Poddębickie Centrum Zdrowia

Spółka z o. o. w Poddębicach

99 – 200 Poddębice

ul. Mickiewicza 16

Formularz ofertowy

*na* **„Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki wg ustalonego harmonogramu pracy w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii/organizacja i koordynowanie pracy pielęgniarek w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii** Poddębickiego Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Poddębicach**”**

Imię

Nazwisko

PESEL

Nr prawa wykonywania zawodu

Specjalizacja w zakresie (jeśli posiada)

Nr dokumentu specjalizacji

Nr księgi rejestrowej w rejestrze indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarskich wykonywanych w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego prowadzonego przez właściwą ORPiP ………………………………………………………

Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej wg CEIDG ………………

REGON …………………………………………………………………........................................

NIP.…….……………………………………………………………………………………………

Nr telefonu ……………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania/siedziby

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

……………………………………………………………………………………………………………

Przedmiotem niniejszej oferty u**dzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki wg ustalonego harmonogramu pracy w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii/organizacja i koordynowanie pracy pielęgniarek w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii** Poddębickiego Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Poddębicach na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.

OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert" i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie PCZ Spółka z o. o.   
   w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
4. Posiada aktualne ubezpieczenie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej. Złożenie kopii polisy ubezpieczeniowej, o której mowa nastąpi najpóźniej w dniu podpisania mowy.
5. ***Wynagrodzenie:***

***1) Dyżur***

***a) Deklaruję średnio w miesiącu ………………………….. godzin***

***b) Proponuję wysokość stawki w kwocie: ……………………………..* zł brutto** za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych.

***2) Koordynacja***

***a) Proponuję wysokość stawki w kwocie ………………………..*** **zł brutto** za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych.

1. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował n/w załącznikami .

7. Oświadcza , iż świadczeń zdrowotnych w w/w zakresie udzielał/a/ przez okres **………. lat**

i zobowiązuje się do okazania na żądanie Udzielającego Zamówienia dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat praktyki zawodowej.

**Rodzaj umowy cywilnoprawnej\***(właściwe zaznaczyć krzyżykiem)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Umowa zlecenie |  |
| 2. | Umowa kontrakt (działalność gospodarcza) |  |

W przypadku wyboru opcji 1. należy wypełnić załącznik nr 1 do formularza ofertowego.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Kopia dyplomu ukończenia szkoły.

2. Kopia prawa wykonywania zawodu.

3. Kopia/e posiadanych specjalizacji.

4. Aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (oferent prowadzący działalność gospodarczą).

5. Aktualny wypis z Księgi Rejestrowej ORPiP (***wpisu w rejestrze prowadzonym przez właściwą ORPiP   
o wykonywaniu działalności leczniczej w formie indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarskiej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej. Uzupełnienie wpisu z adresem miejsca udzielania świadczeń: 99-200 Poddębice, ul. Mickiewicza 16 oraz nazwą podmiotu leczniczego – Poddębickie Centrum Zdrowia Sp. z o. o.*** (oferent prowadzący działalność gospodarczą).

6. Kopie dokumentów posiadanych kwalifikacji oraz inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje   
i doświadczenie zawodowe (jeśli posiada).

7. Kopia polisy OC zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. (bezwzględnie wymagana najpóźniej w dniu podpisania umowy).

8. Kopię aktualnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia (bezwzględnie wymagana najpóźniej w dniu podpisania umowy).

9. Kopię aktualnego orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych (bezwzględnie wymagana najpóźniej w dniu podpisania umowy).

10. Załącznik nr 1 do formularza ofertowego – Oświadczenie zleceniobiorcy.

**Kopie wszystkich dokumentów Oferent przedkłada w formie oryginału lub kserokopii potwierdzonej przez siebie za zgodność z oryginałem przez Oferenta.**

…………………………………………………………………

Podpis Oferenta