

FORMULARZ OFERTY PIEŁĘGNIARKA/PIEŁĘGNIARZ POZ-NS

I. DANE OFERENTA

1. Imię i nazwisko Oferenta
.....
2. Pełna nazwa i adres Oferenta (zgodnie z właściwym rejestrem):
.....
.....
.....
3. Numer wpisu do właściwego rejestru (właściwej Izby Pielęgniarskiej)
.....
4. Regon:
5. NIP:
6. Bank:
7. Nr rachunku:
8. Telefon:
9. E-mail:
10. Numer prawa wykonywania zawodu i data jego uzyskania:
.....
11. Kwalifikacje zawodowe (posiadane specjalizacje, stopień specjalizacji i data uzyskania specjalizacji, kursy, szkolenia, wydane certyfikaty)
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Szpital Lipno

Spółka z o.o.

87-600 Lipno ul. Nieszawska 6 tel. 54 288 04 15 fax 54 288 04 12 www.szpitallipno.pl

e-mail sekretariat@szpitallipno.pl

12. Oferta na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w związku ogłoszeniem Konkursu Ofert na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie Nocnej i Świątecznej Wyjazdowej Opieki Pielęgniarskiej
- 1) Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym szczegółowymi warunkami i regulaminem przeprowadzenia konkursu ofert w dni powszednie w godzinach 18.00-8.00 dnia następnego, w soboty, święta i dni ustawowo wolne od pracy do 8.00 do 8.00 dnia następnego za stawkę ryczałtową miesięczną w kwocie zł.
 - 2) Oświadczam, że zapoznałem/am się przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w ww. zakresie, w związku z art. 146 ust. 1, 147-150, 151 ust. 1, 2 i 4-6, art. 152, 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwiec 2017 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ,
 - 3) Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami - regulaminem przeprowadzenia konkursu ofert i nie wnoszę do niego zastrzeżeń,
 - 4) Oświadczam, że projekt umowy, stanowiący załącznik Nr 2 do szczegółowych warunków - regulaminu przeprowadzenia konkursu ofert akceptuję.
 - 5) Zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy na określonych w nim warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
 - 6) Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpital Lipno Sp. z o. o. w wymiarze wskazanym w ogłoszeniu,
 - 7) Wyrażam zgodę na termin płatności wynagrodzenia do 14 dnia każdego miesiąca, jeżeli do 3 dnia następnego miesiąca u Udzielającego zamówienie zostanie złożony prawidłowo wypełniona faktura wraz z załącznikiem za dany okres rozliczeniowy.
 - 8) Osoba upoważniona do podpisywania umowy (imię, nazwisko oraz stanowisko)
 - 9) Oświadczam, że w razie wybrania mojej oferty w terminie 7 dni od daty podpisania umowy z Udzielającym zamówienia, zawrę umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej OC za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem lub zaniechaniem udzielenia świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem jak również od ryzyka wystąpienia chorób zakaźnych w tym wirusa HIV,

NIP: 466-038-75-04 REGON: 340572055 KRS: 0000327976

KAPITAŁ ZAKŁADOWY: 7. 500.000 PLN

KONTO BANKU: BS LIPNO 81 9542 0008 2001 0009 3099 0001

10) W załączeniu przedkładam Załączniki – (uwierzytelnione kserokopie):

- a) przebieg pracy zawodowej (CV) oraz oświadczenie do celów rekrutacji zawierające zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Szpital Lipno Sp. z o. o.
- b) Dyplom pielęgniarstwa Nr
- c) Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki na obszarze RP Nr
- d) wpis do ewidencji działalności gospodarczej CEIDG
- e) dokumenty potwierdzające numer NIP i REGON
- f) Polisa ubezpieczeniowa okres ubezpieczenia od.....do
- g) kserokopię dokumentu potwierdzającego zezwolenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych na wykonywanie indywidualnej praktyki pielęgniarstwa, Nr
- h) zaświadczenie o aktualnych badaniach lekarskich potwierdzających brak p/wskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na danym stanowisku wystawione przez lekarza profilaktyka
- i) Zaświadczenie aktualnego orzeczenia lekarskiego z badania przeprowadzonego przez lekarza profilaktyka do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- j) zaświadczenie o przeszkoleniu w zakresie BHP i P/poż,
- k) Inne posiadane dokumenty dotyczące ukończonych kursów, szkoleń itp.
- l) Oświadczam, że zapoznałem /am/ się i przyjmuję do wiadomości treść ogłoszenia oraz szczegółowych warunków konkursu ofert o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne w charakterze pielęgniarki w zakresie nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki pielęgniarstwa na terenie działania Szpital Lipno Sp. z o. o.

.....
pieczęć i podpis Oferenta

