

Pieczęć firmowa z pełną nazwą Oferenta

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 pieczęcią 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:

Pola oznaczone gwiazdką (*) wypełnić jeśli dotyczą oferenta.

Imię i nazwisko pielęgniarki/pielęgniara									
Rodzaj praktyki *					Nr prawa wykonywania zawodu				
Organ prowadzący rejestr *					Nr księgi rejestrowej *				
Adres zamieszkania									
Kraj			Miejscowość						
Kod pocztowy			Pocztą						
Ulica				Nr domu			Nr lokalu		
E-mail				telefon			fax		
Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):									
Kraj				Miejscowość					
Kod pocztowy			Pocztą						
Ulica				Nr domu			Nr lokalu		
Działalność gospodarcza *									
Firma						Siedziba			
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)				REGON					

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

(numer dyplomu pielęgniarki/specjalizacja/kurs)

IV. Kryteria oceny punktowej:

1. Proponowana kwota wynagrodzenia

Oferuję wykonanie usług objętych przedmiotem konkursu zgodnie z wymogami określonymi w Materiałach Informacyjnych i szczegółowych warunkach konkursu za cenę:

..... zł brutto za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych.

2. Przebieg pracy zawodowej tożsamej z przedmiotem niniejszego konkursu (doświadczenie zawodowe)

Zatrudnienie na stanowisku pielęgniarki:

miejsce

od do tj. lat miesięcy.....

miejsce

od do tj. lat miesięcy.....

miejsce

od do tj. lat miesięcy.....

miejsce

od do tj. lat miesięcy.....

Ogółem staż na stanowisku pielęgniarki:lat miesięcy

V. Oświadczenie:

1. Ofertę składam jako*:

- ☐ osoba fizyczna niebędąca podmiotem wykonującym działalność leczniczą (nie prowadzę działalności gospodarczej i nie jestem wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą)
- ☐ osoba fizyczna będąca podmiotem wykonującym działalność leczniczą (prowadzę działalność gospodarczą i jestem wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą)

2. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen.

3. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach

w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.

4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne, na zasadach określonych w MI.
5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia do dniar.
6. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
7. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
8. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
9. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
10. Posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej na 1 dzień przed podpisaniem umowy**.
11. Posiadam ubezpieczenie NNW /zawrę umowę o odpowiedzialności NNW i dostarczę kopię polisy najpóźniej na 1 dzień przed podpisaniem umowy**.
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 Udzielającego Zamówienia.
14. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez Udzielającego Zamówienia harmonogramem.
15. Oświadczam, że w SP ZOZ we Włodawie świadczę pracę/nie świadczę pracy¹⁾ na podstawie stosunku pracy w zakresie tożsamym z przedmiotem konkursu. W przypadku pozostawania w zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy w zakresie pokrywającym się z przedmiotem konkursu, oświadczam, że z chwilą podpisania umowy o świadczenie usług zdrowotnych złożę w wniosek o rozwiązanie łączącej mnie z SP ZOZ we Włodawie umowy za porozumieniem stron.

* właściwe zaznaczyć

**niewłaściwe skreślić

VI. Do oferty załączam:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)
- 9)

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)