

PIELĘGNIARKA NOCH

Załącznik do szczegółowych warunków konkursu ofert o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne w charakterze pielęgniarki POZ NS

OFERTA - DANE OFERENTA

Imię i nazwisko Oferenta

Pełna nazwa i adres Oferenta (zgodnie z właściwym rejestrem) :

Numer wpisu do właściwego rejestru (właściwej Izby Lekarskiej, Pielęgniarskiej lub innego organu rejestrowego)

Regon:

NIP:

Bank :

Nr rachunku :

Telefon :

Fax / e-mail

Numer prawa wykonywania zawodu i data jego uzyskania :

.....

Kwalifikacje zawodowe (posiadane specjalizacje, stopień specjalizacji i data uzyskania specjalizacji, kursy , szkolenia , wydane certyfikaty)

.....

.....

.....

.....

Pieczęć firmowa oferenta

.....

(data i podpis Oferenta)

PIELĘGNIARKA NOCH

Załącznik do szczegółowych warunków konkursu ofert o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne w charakterze pielęgniarki POZ NS

OFERTA NA UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

W związku ogłoszeniem Konkursu Ofert na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie :

.....

.....

proszę wpisać w jakim zakresie będą świadczenia zdrowotne

w SP ZZOZ Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie , 81-756 Sopot , ul. Bolesława Chrobrego 10

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym szczegółowymi warunkami-regulaminem przeprowadzenia konkursu ofert.

Za realizację zamówienia:

a) jako pielęgniarka NOCH

1. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń:

- w ilości godzin jako pielęgniarka NOCH w każdym miesiącu, w systemie 12 – godz. 14- godz. i 24 – godz.

oraz

w dni ustawowo wolne od pracy tj. soboty, niedziele i święta w systemie 12 godz. i 24 – godz.

- Święta Bożego Narodzenia -minimum 1 dyżur

- Sylwester i Nowy Rok – minimum 1 dyżur

- Święta Wielkiej Nocy – minimum 1 dyżur

Umowa zostanie zawarta na okres od dnia **01.03.2020r. do dnia 31.12.2020 r.**

Proponuję stawkę brutto : - za jedną godzinę pracy zł.

(słownie:)

2. Świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w dyspozycji Udzielającego Zamówienia.

3. Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres

od dnia do dnia

4. Oświadczam, że zapoznałem się przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej w w/w 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

PIEŁĘGNIARKA NOCH

Załącznik do szczegółowych warunków konkursu ofert o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne w charakterze pielęgniarki POZ NS

5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwiec 2017 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ,
6. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami -regulaminem przeprowadzenia konkursu ofert i nie wnoszę do niego zastrzeżeń,
7. Oświadczam, że projekt umowy, stanowiący załącznik Nr 2 do szczegółowych warunków-regulaminu przeprowadzenia konkursu ofert akceptuję.
8. Zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy na określonych w nim warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
9. Oświadczam, że czuję się związany niniejszą ofertą przez czas wskazany w regulaminie konkursu ofert tj. przez okres 30 dni, licząc od upływu terminu składania ofert.
10. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w MSPR Sopot w wymiarze czasu godzin:
miesięcznie (proponowana ilość godzin)

- jako

Proszę wpisać zawód i zakres udzielania świadczeń zdrowotnych i miejsce udzielania świadczeń

w systemie (odpowiednie zakreślić znakiem x);

- 24 godzinnym ,
 14 godzinnym.
 12 godzinnym.

W terminach określonych harmonogramem uzgodnionym co miesiąc w ramach dwustronnych ustaleń z Udzielającym zamówienia zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w MSPR Sopot także w dni wolne, niedziele i święta:

1. Święta Bożego Narodzenia - minimum 1 dyżur
 2. Sylwester i Nowy Rok - minimum 1 dyżur
 3. Święta Wielkiej Nocy - minimum 1 dyżur
- wg harmonogramu ustalonego przez Udzielającego zamówienia

10. 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 wypełnioną kartą zarobkową za dyżury za dany okres rozliczeniowy.

11. Osoba upoważniona do podpisywania umowy (*imię, nazwisko oraz stanowisko*)

12. Oświadczam, że w razie wybrania mojej oferty w terminie 7 dni od daty podpisania umowy z Udzielającym zamówienia , zawrę umowę ubezpieczenia się 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, minimalna kwota ubezpieczenia w okresie trwania umowy wynosi równowartość 46.500,00 euro.

13. Zobowiązuję się do zabezpieczenia ciągłości świadczeń z zakresu przedmiotu zamówienia

.....
(data i podpis Oferenta)

PIELĘGNIARKA NOCH

Załącznik do szczegółowych warunków konkursu ofert o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne w charakterze pielęgniarki POZ NS

W załączeniu przedkładam

Załączniki – (uwierzytelnione kserokopie):

Lp.	Rodzaj dokumentu	Tak	Nie
1.	Przebieg pracy zawodowej (CV) oraz oświadczenie do celów rekrutacji zawierające zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Miejska Stację Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie		
2.	Dyplom pielęgniarski Nr		
3.	Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki na obszarze RP Nr		
4.	wpis do ewidencji działalności gospodarczej CEIDG		
5.	dokumenty potwierdzające numer NIP i REGON		
6.	Polisa ubezpieczeniowa okres ubezpieczenia od.....do		
7.	kserokopię dokumentu potwierdzającego zezwolenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych na wykonywanie indywidualnej praktyki pielęgniarskiej, Nr		
8.	zaświadczenie o aktualnych badaniach lekarskich potwierdzających brak p/wskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na danym stanowisku wystawione przez lekarza profilaktyka		
9.	Zaświadczenie aktualnego orzeczenia lekarskiego z badania przeprowadzonego przez lekarza profilaktyka do celów sanitarno-epidemiologicznych,		
10.	zaświadczenie o przeszkoleniu w zakresie BHP i P/poż		
11.	Inne posiadane dokumenty dotyczące ukończonych kursów, szkoleń itp.		

.....
(data i podpis Oferenta)

PIELĘGNIARKA NOCH

Załącznik do szczegółowych warunków konkursu ofert o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne w charakterze pielęgniarki POZ NS

Załącznik do oferty

Sopot, dnia

.....
Nazwisko, imię oferenta

.....
Adres zamieszkania

.....
NIP

Oświadczenie

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 opieki chorych na terenie działania Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie (załącznik do zarządzenia nr 5 z dnia 18-02-2020).

.....
pieczętka i podpis oferenta