



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie
81-756 Sopot ul. Bolesława Chrobrego 10

TEL. (58) 555-81-03 lub 555-81-06 / FAX. (58) 555-81-00
REGON 191287660 NIP 585-13-44-104



Załącznik Nr 1

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:

PESEL

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)



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie
81-756 Sopot ul. Bolesława Chrobrego 10

TEL. (58) 555-81-03 lub 555-81-06 / FAX. (58) 555-81-00
REGON 191287660 NIP 585-13-44-104



Załącznik Nr 1

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

OFERTA NA UDZIELENIE ZAMÓWIENIA ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

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

.....
.....

proszę wpisać w jakim zakresie będą świadczenia zdrowotne

w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie, 81-756 Sopot, ul. Bolesława Chrobrego 10:

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

Za realizację zamówienia:

a) jako pielęgniarka POZ-NS

1. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń:

oczekuję należności wg następującej kalkulacji:

– 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 01.08.2021 r. do dnia 31.12.2023 r.**

Proponuję stawkę brutto : zł. za jedną godzinę pracy (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 01.08.2021 r. do dnia 31.12.2023 r.**



Załącznik Nr 1

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

4. Oświadczam, że zapoznałem się przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. 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, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwiec 2017 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ
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 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 SP ZZOZ MSPR z Przychodnią w Sopocie 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

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 wypełnioną kartą zarobkową za dyżury 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 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



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie
81-756 Sopot ul. Bolesława Chrobrego 10

TEL. (58) 555-81-03 lub 555-81-06 / FAX. (58) 555-81-00
REGON 191287660 NIP 585-13-44-104



Załącznik Nr 1

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

umowy wynosi równowartość 46.500,00 euro.

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

.....
(data i podpis Oferenta)



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie
81-756 Sopot ul. Bolesława Chrobrego 10

TEL. (58) 555-81-03 lub 555-81-06 / FAX. (58) 555-81-00
REGON 191287660 NIP 585-13-44-104



Załącznik Nr 1

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.		
12.	Oświadczenie o niekaralności		
13.	Oświadczenie posiadania na koszt własny OC		

.....
(data i podpis Oferenta)



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie
81-756 Sopot ul. Bolesława Chrobrego 10

TEL. (58) 555-81-03 lub 555-81-06 / FAX. (58) 555-81-00
REGON 191287660 NIP 585-13-44-104



Załącznik Nr 1

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 / pielęgniacza w zakresie nocnej opieki zdrowotnej na terenie działania SP ZZOZ Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie.

.....
(data i podpis Oferenta)