

Dane oferenta :

....., dnia

Imię i nazwisko / Nazwa*

Adres / Siedziba*

Adres do korespondencji

NIP

PESEL oferenta

Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia
z Zakładem Opiekuńczo- Lecznicznym SPZOZ
61-285 Poznań, ul. Szwajcarska 3

FORMULARZ OFERTY NA UDZIELANIE ŚWADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Skladam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo- Lecznicznym SPZOZ z siedzibą przy ul. Szwajcarskiej 3 w zakresie:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki – instrumentariuszki w Oddziale – Blok Operacyjny:

Oferowane świadczenia opieki zdrowotnej udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności, a także leków i materiałów Udzielającego zamówienia.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia , regulaminem przeprowadzania konkursu ofert i prac komisji konkursowej oraz projektem umowy na świadczenia zdrowotne i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

Za realizację zamówienia oczekuję należności wg stawki ryczałtowej wynikającej z jednego z poniższego podziału za godzinę pracy udzielania świadczeń:

.....zł brutto za 1 godzinę – do jednego roku pracy na bloku operacyjnym

.....zł brutto za 1 godzinę – do 160 godzin pracy na bloku operacyjnym

.....zł brutto za 1 godzinę – od 161 godzin do 200 godzin pracy na bloku operacyjnym

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres wskazany przez Udzielającego zamówienie

Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą / nie prowadzę działalności gospodarczej*

Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych przedmiotem zamówienia. Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych: dyplom, dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie objętej ofertą oraz prawo wykonywania zawodu oraz inne dokumenty uprawniające do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia. załączam do oferty ¹

Oświadczam, że zobowiązuję się zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową na zasadach przewidzianych w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 654 z późn. zm.) i dostarczyć Udzielającemu zamówienie w ciągu 7 dni od rozpoczęcia udzielania świadczeń i zapewnić jej obowiązywanie przez cały czas trwania umowy. Oświadczam, że nie mam przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza medycyny pracy potwierdzające ten fakt przedstawię najpóźniej w przeddzień podpisania umowy.¹

Oświadczam, że odbyłem / odbyłam* przewidziane przepisami prawa pracy szkolenie bhp, ppoż i stanowiskowe. Zaświadczenia o odbytych szkoleniach dostarczę najpóźniej w przeddzień podpisania umowy. ¹

Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą przez 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

W załączeniu składam:

1. kserokopię dyplomu
2. kserokopia prawa wykonywania zawodu
3. kserokopia dokumentów uprawniających do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia
4. Przebieg pracy zawodowej
5. księga rejestrowa
6. wyciąg z CEIDG
7. polisę
8. zdolność

.....
(pieczęć i podpis)

Dane kontaktowe:

Telefon :

Email:

- Niepotrzebne skreślić