

FORMULARZ OFERTY

na świadczenie usług zdrowotnych

ZAKRES: udzielanie świadczeń zdrowotnych przez:

- 1) **Pielęgniarki/Pielęgniarze – w zespołach wyjazdowych ratownictwa medycznego, zespołach transportowych**
- 2) **Pielęgniarki/Pielęgniarze - w dyspozytorni medycznej***
- 3) **Pielęgniarki/Pielęgniarze w Poradni Chirurgii Dziecięcej***

(* - niepotrzebne skreślić)

DANE OFERENTA:

A. Oferta indywidualna - indywidualna działalność gospodarcza

Imię i Nazwisko:

Nazwisko rodowe:

Firma Oferenta (Firma przedsiębiorcy):

Adres (ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy, poczta):

.....

PESEL: NIP: REGON:

Pełnomocnik:

Kontakt telefoniczny:

Adres email:

Nazwa banku:

Nr rachunku bankowego:

.....

B. PODMIOT LECZNICZY

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego:

.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych nr RPWDL:

Nr

KRS:

.....

NIP: REGON:

Pełnomocnik:

Kontakt telefoniczny:

Adres email:

Nazwa banku:

Nr rachunku bankowego:

I. OFERUJĘ:

a) udzielanie świadczeń zdrowotnych jak (właściwe zaznaczyć krzyżykiem)

Pielęgniarka/Pielęgniarz w zespole ratownictwa medycznego specjalistycznym, podstawowym, transportowym	
Dyspozytor medyczny	
Pielęgniarka/Pielęgniarz w ramach Poradni Chirurgii Dziecięcej	

b) stawki ryczałtowe za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

	Za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego specjalistycznym, podstawowym, transportowym
	Za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dyspozytorni medycznej
	Za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Poradni Chirurgii Dziecięcej

II.

1. Propozycja ilości godzin udzielania świadczeń miesięcznie:.....godzin

(powyższy punkt dotyczy wyłącznie zakresu: Pielęgniarki/Pielęgniarze – w zespołach wyjazdowych ratownictwa medycznego, zespołach transportowych, w dyspozytorni medycznej)

2. W Poradni Chirurgii Dziecięcej (** właściwe zaznaczyć krzyżykiem)**

Dzień tygodnia	Godziny od – do	Oferowana ilość godzin i dzień tygodnia
poniedziałek	13:00-19:00	
środa	13:00-19:00	
czwartek	09:00-15:00	

III.

Załączam następujące dokumenty (kserokopie):

ZALĄCZNIKI DO OFERTY (proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat)

- ☐ formularz oświadczeń Oferenta - **zał. nr 2 do SWKO**
- ☐ parafowany wzór umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne - **zał.nr 3 do SWKO**
- ☐ oświadczenie Oferenta – rozwiązanie umowy- **zał. Nr 4 do SWKO**
- ☐ Wykaz osób- **zał. Nr 5 do SWKO**
- ☐ CV
- ☐ kserokopia prawa do wykonywania zawodu
- ☐ kserokopie dyplomów ukończonych szkół/studiów medycznych pielęgniarskich –jeśli dotyczy
- ☐ kserokopia dyplomu posiadanej specjalizacji (jeżeli Oferent posiada specjalizację)
- ☐ kserokopia zaświadczenia o rozpoczęciu specjalizacji (jeżeli Oferent odbywa specjalizację)
- ☐ kserokopia zaświadczenia o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego
- ☐ kserokopie dokumentów potwierdzających staż pracy (świadczenia pracy, umowy albo zaświadczenia),
- ☐ kserokopia aktualnej książeczki doskonalenia zawodowego dyspozytora medycznego
- ☐ kserokopia zaświadczenia o ukończeniu kursu dla dyspozytorów medycznych lub dołączone zobowiązanie (oświadczenie) o jego ukończeniu w ciągu 12 miesięcy od dnia podpisania umowy.
- ☐ kserokopie innych dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje (aktualne zaświadczenia/certyfikaty potwierdzające ukończenie kursów),

15. ☐ kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożona najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
16. ☐ wydruk z księgi rejestrowej z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub praktyk zawodowych
17. ☐ wydruk Informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu z Rejestru Przedsiębiorców (KRS)
18. ☐ aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożony najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
19. ☐ kserokopia książeczki/orzeczenia do celów sanitarno – epidemiologicznych, lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożona najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
20. ☐ zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się Przyjmujący zamówienie lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożone najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
21. ☐ szkolenie w zakresie BHP lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożone najpóźniej w dniu zawarcia umowy
22. ☐ pełnomocnictwo

Oświadczam, że dokumenty wymienione w części III Oferty wskazane w punktach:

.....

(proszę podać numerację)

są w posiadaniu PPSR SPZ w Mielcu a ich stan faktyczny i prawny nie uległ zmianie.

Data sporządzenia oferty:

.....
.....
(podpis Oferenta)