

FORMULARZ OFERTY

na świadczenie usług zdrowotnych

ZAKRES: udzielanie świadczeń zdrowotnych przez:

1) Pielęgniarki/Pielęgniarze - w dyspozytorni medycznej

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 jako dyspozytor medyczny

b) stawkę ryczałtową za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

	Za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dyspozytorni medycznej
--	--

II.

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

III.

Załączam następujące dokumenty (kserokopie):

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY (proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat)

1. ☐ formularz oświadczeń Oferenta - **zał. nr 2 do SWKO**
2. ☐ oświadczenie Oferenta – rozwiązanie umowy- **zał. Nr 4 do SWKO**
3. ☐ Wykaz osób- **zał. Nr 5 do SWKO**
4. ☐ CV

5. ☐ kserokopia prawa do wykonywania zawodu
6. ☐ kserokopia dyplomów ukończonych szkół/studiów medycznych pielęgniarских
7. ☐ kserokopia dyplomu posiadanej specjalizacji (jeżeli Oferent posiada specjalizację)
8. ☐ kserokopia zaświadczenia o rozpoczęciu specjalizacji (jeżeli Oferent odbywa specjalizację)
9. ☐ kserokopia zaświadczenia o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego
10. ☐ kserokopie dokumentów potwierdzających staż pracy (świadczenia pracy, umowy albo zaświadczenia),
11. ☐ kserokopia karty doskonalenia zawodowego dyspozytora medycznego
12. ☐ kserokopia zaświadczenia o ukończeniu kursu dla dyspozytorów medycznych lub dołączone oświadczenie o zobowiązaniu do jego ukończenia w ciągu 12 miesięcy od dnia podpisania umowy.
13. ☐ kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje (aktualne zaświadczenia/certyfikaty potwierdzające ukończenie kursów),
14. ☐ kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożona najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
15. ☐ wydruk z księgi rejestrowej z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub praktyk zawodowych
16. ☐ wydruk Informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu z Rejestru Przedsiębiorców (KRS)
17. ☐ aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożony najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
18. ☐ kserokopia książeczki/orzeczenia do celów sanitarno – epidemiologicznych, lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożona najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
19. ☐ 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.
20. ☐ szkolenie w zakresie BHP lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożone najpóźniej w dniu zawarcia umowy
21. ☐ pełnomocnictwo

Data sporządzenia oferty:

.....
(podpis Oferenta)