

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
„SZPITAL POWIATOWY” IM. BŁ. MARTY WIECKIEJ
W BOCHNI**

32-700 Bochnia, ul. Krakowska 31

FORMULARZ OFERTY NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Oznaczenie oferenta:

.....
.....

Adres oferenta:

.....
.....

(nazwa i siedziba zakładu opieki zdrowotnej oraz numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, lub imię i nazwisko, adres oraz numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu)

Adres do korespondencji:

.....
.....

Tel.

UWAGA:

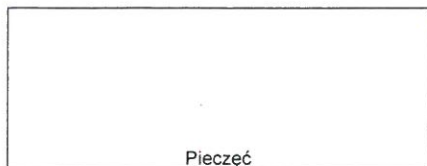
1. Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.
2. Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.
3. Do oferty należy załączyć:
 - kserokopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/ KRS/ CIDG, REGON, NIP
 - kserokopię odpisu z właściwego rejestru,
4. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe wg wymogów SWKO proszę załączyć do oferty i wymienić w spisie załączników do niniejszej oferty.
5. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych oraz Oświadczenie zgodności danych przedkładanych przez oferenta pod rygorem odpowiedzialności karnej – **dotyczy podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcą, spółką cywilną, inną spółką handlową.**

Nie dostarczenie dokumentów poświadczających posiadane kwalifikacje spowoduje odrzucenie oferty.



**I. WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W CHARAKTERZE
PIELĘGNIARKI / RZA /:**

Minimalna ilość oferowanych godzin w stosunku miesięcznym przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych w charakterze pielęgniarki/rza w Oddziale wynosi godzin miesięcznie.



ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA OCZEKUJĘ ZAPŁATY WG NASTĘPUJĄCYCH STAWEK:

**I.
DYŻURY PIEŁĘGNIARKIE / POŁOŻNICZE**

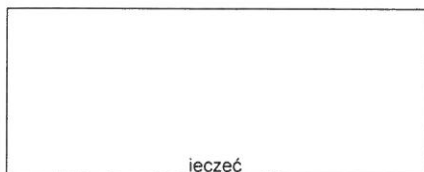
za wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zł / h :

cena za 1 godzinę dyżuru pielęgniarki/rza nie może przekraczać 22,00 zł brutto

a. w charakterze pielęgniarki /..... zł / h

(słownie zł)





UWAGI :

Oświadczam, że :

- 1) świadczenia wykonywane będą w SP ZOZ w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w dyspozycji udzielającego zamówienia,
- 2) w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy oraz przystąpienia do realizacji zamówienia,
- 3) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy.

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć Oferenta

oraz, że zapoznałem się z treścią:

- 1) ogłoszenia,
- 2) przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 3) szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO),
- 4) projektem umowy i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń

UWAGA : W przypadku wyboru oferty i zawarcia umowy na oferencie ciąży obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach określonych ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Załącznikami do niniejszej oferty są :

1.
2.
3.
4.
5.

Data :

Podpis i pieczęć oferenta :