

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki / pielęgniarzy i ratowników medycznych

Pełna nazwa oferenta /zgodnie z właściwym rejestrem/

.....

Nazwisko rodowe

Imię ojca i matki

Data urodzenia

PESEL:

Adres siedziby:

Adres do korespondencji:

Nr księgi rejestrowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

prowadzonej przez

wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej

Nr telefonu oraz adres e-mail:

NIP:

REGON:

Kwalifikacje zawodowe - dokumenty w załączeniu do oferty (dyplomy, specjalizacje, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne)

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/pielęgniarzy/ratowników medycznych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Blokiem Operacyjnym, wg potrzeb oraz zgodnie z harmonogramem

Proponowana cena za udzielanie świadczeń w kwocie..... zł brutto za 1 godzinę;

Załączniki /wykaz wymaganych dokumentów/:

1. Potwierdzona „za zgodność z oryginałem” kserokopia dyplomu studiów lub ukończenia szkoły
2. Potwierdzona „za zgodność z oryginałem” kserokopia dyplomu specjalizacji;
3. (jeżeli dotyczy) Potwierdzone „za zgodność z oryginałem” rozpoczęcie specjalizacji – karta szkolenia specjalizacyjnego;
4. Potwierdzona „za zgodność z oryginałem” kserokopia prawa wykonywania zawodu;
5. Potwierdzone „za zgodność z oryginałem” aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na określonym stanowisku (objętym konkursem) – utrzymywanie ważności przez cały okres umowy;
6. Potwierdzone „za zgodność z oryginałem” aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, przy realizacji której istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby (orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych lub kopia książeczki zdrowia z wpisem

zaświadczającym brak przeciwwskazań) na określonym stanowisku (objętym konkursem) – utrzymywanie ważności przez cały okres umowy;

7. Wydruk Księgi Rejestrowej.
8. Wydruk z CEIDG o prowadzonej działalności gospodarczej.
9. Potwierdzona „za zgodność z oryginałem” kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, obejmującego szkody będące następstwem udzielania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania tych świadczeń, w wysokości przewidzianej przepisami obowiązującego prawa.
10. Potwierdzone „za zgodność z oryginałem” szkolenie okresowe BHP.

.....
(data, podpis i pieczęć oferenta)

Oświadczam, że zapoznałem/(am) się z Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert, treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO), wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....
(data, podpis i pieczęć oferenta)

Potwierdzam, że zapoznałem/(am) się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych w ramach prowadzonego postępowania konkursowego zawartą w Regulaminie przeprowadzania konkursu ofert.

.....
(data, podpis i pieczęć oferenta)