

(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA (ZADANIE NR 2)

W związku z konkursem ofert nr SPZOZ/ŚZ/3/2019 ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżurów przez pielęgniarki na oddziałach szpitalnych Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Sanoku - udzielanie świadczeń zdrowotnych w oddziałach SPZOZ w Sanoku o profilu zachowawczym, innych niż Oddział Dziecięcy.**

DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA

Nazwa Oferenta	
REGON	
NIP	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica, nr lokalu	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Wpis do właściwego rejestru (nazwa i numer)	
Nr konta bankowego	
Numer prawa wykonywania zawodu	
Informacje dodatkowe	
Specjalizacja	

data _____ podpis i pieczęć osoby upoważnionej do
reprezentowania Oferenta

Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych jak poniżej i proponuję:

Stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w ramach dyżurów w oddziałach SPZOZ w Sanoku o profilu zachowawczym, innych niż Oddział Dziecięcy:

..... zł

W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

a. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie zawodowe zgodne z profilem Oddziału lub w dziedzinie pokrewnej.

b. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, kursy, tytuły i stopnie naukowe)

.....
.....
.....

c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń w następującym minimalnym zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” lub opisanie w punkcie 4):

1. gotowość do pracy wyłącznie w dni powszednie –
2. gotowość do pracy wyłącznie w soboty, niedziele i dni wolne od pracy –
3. gotowość do pracy w dni powszednie, soboty, niedziele i dni wolne od pracy –
4. inne (określić)

d. W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. do trzech dni w tygodniu –
2. od czterech do siedmiu dni w tygodniu -

Każda Oferta musi zawierać dyspozycję Oferenta (Przyjmującego Zamówienie) dla wyżej wskazanych kryteriów oceny (tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość). Brak dyspozycji dla którychkolwiek kryteriów oceny będzie skutkował automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych na okres minimum 24 miesięcy od daty zawarcia umowy lub dłuższy(podać ilość miesięcy)

W załączeniu przedkładam (zaznaczyć właściwe dla podmiotu składającego ofertę):

1. **Załącznik nr 1** - Oświadczenie nr 1 – w zakresie ZUS, US.
2. **Załącznik nr 2** - Oświadczenie nr 2 – w zakresie BHP, PPOŻ, medycyna pracy
3. **Załącznik nr 3** - Oświadczenie nr 3 – w zakresie działalności gospodarczej
4. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
5. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta.
6. Kserokopie dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń : prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacyjny, kserokopie dodatkowych kwalifikacji, specjalizacji, uprawnień
7. Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

.....
data

.....
podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

Niniejszym, oświadczam, że:

- Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- str. 3 z 3