

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA (ZADANIE NR 2)

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/20/2022** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.**

Zadanie 2 – Świadczenia zdrowotne w miejscu zamieszkania lub pobytu Świadczeniobiorcy.

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)	
Numer prawa wykonywania zawodu Nr konta bankowego	
Specjalizacja	
Informacje dodatkowe	

.....
data

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

Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych jak poniżej i proponuję:

Dyżur medyczny pielęgniarki w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy.

za dyżur medyczny w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00. do 8.00 dnia następnego oraz w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 do 8.00 dnia następnego w zł / h.

stawka, zł

(słownie zł)

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

- a. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych posiadam letnie doświadczenie zawodowe.
- b. posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe):
.....
.....
.....
.....
- c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń we wskazanym poniżej **minimalnym zakresie** (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):
 - 1. co najmniej dwa dyżury w miesiącu –
 - 2. co najmniej trzy dyżury w miesiącu –
 - 3. co najmniej cztery dyżury w miesiącu –
- d. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń we wskazanym poniżej zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):
 - 1. tylko w dni powszednie –
 - 2. tylko w weekendy i dni świąteczne –
 - 3. w dni powszednie, weekendy i dni świąteczne –

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 skutkowało automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych na okres minimum 24 miesiące 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 prowadzonej działalności gospodarczej i niezwiązania stosunkiem pracy z Udzielającym Zamówienie
- 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.

