

## FORMULARZ OFERTOWY KONKURS OFERT NR 3/2021

Udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy cywilnoprawnej w Szpitalu Powiatowym w Złotowie

.....  
zakres lub komórka organizacyjna

DANE OFERENTA	
Imię i nazwisko	
Pełna nazwa i adres działalność gospodarczej/podmiotu leczniczego NIP REGON	
Telefon do kontaktu	
Nazwa Banku i Numer Konta:	

### Kwalifikacje \*

- pielęgniarka, specjalistka .....
- pielęgniarka w trakcie specjalizacji .....
- pielęgniarka, bez specjalizacji
- położna, specjalistka .....
- położna w trakcie specjalizacji .....
- położna, bez specjalizacji

Propozycja kwot/-y należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach przedmiotu konkursu

1. udzielanie świadczeń zdrowotnych – **pielęgniarskich/ położniczych** w zakresie lecznictwa szpitalnego:

Komórka organizacyjna	Stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń w dzień powszedni, soboty, niedziele i święta
a) Blok Operacyjny,	
b) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,	
c) Oddział Chirurgiczny z Pododdziałem Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,	
d) Oddział Dziecięcy,	
e) Oddział Położniczo-Ginekologiczny z Pododdziałem Noworodków	
f) Oddział Psychiatryczny, Oddział Dzienny Psychiatryczny, Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (Detoksykacyjny),	
g) Oddział Wewnętrzny,	
h) Szpitalny Oddział Ratunkowy,	

Deklarowana minimalna liczba godzin w miesiącu \*

200 lub więcej	
150 - 199	
100 -149	
poniżej 100	

Deklarowana minimalna liczba dyżurów w miesiącu\*:

W dni powszednie	
W dni świąteczne (soboty, niedziele i święta)	

2. udzielanie świadczeń zdrowotnych - **pielęgniarskich w zakresie ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej:**

Komórka organizacyjna	Stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń
a) Poradnie Specjalistyczne	

Załączniki\*:

- zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG)
- zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk OIPiP
- zaświadczenie o numerze NIP
- zaświadczenie o numerze REGON
- dyplom ukończenia studiów
- prawo wykonywania zawodu
- dyplom specjalisty lub dokument potwierdzający rozpoczęcie specjalizacji
- inne potwierdzające kwalifikacje niezbędne do wykonywania świadczeń
- polisa OC lub zobowiązanie do jej zawarcia
- zaświadczenie lekarskie lub zobowiązanie do dostarczenia
- wykaz osób udzielających świadczeń oraz ich kwalifikacje
- przebieg pracy zawodowej
- prawo jazdy i orzeczenie psychologiczne (wraz z zezwoleniem) pozwalające na kierowanie pojazdami uprzywilejowanymi

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, projektem umowy, które akceptuję i nie wnoszę do nich zastrzeżeń. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.

Złotów, .....  
data

.....  
podpis oferenta

\* proszę udzielić odpowiedzi wstawiając znak X