

FORMULARZ OFERTOWY KONKURS OFERT NR 8/2021

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 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