

.....
miejsowość /data

NR POSTĘPOWNIA 5/2024

FORMULARZ OFERTOWY

IMIĘ i NAZWISKO / NAZWA OFERENTA*

.....

Adres do korespondencji

.....

Nr Regon Numer NIP

Wpis do CEIDG **TAK / NIE** (właściwe zakreślić)

Nr prawa wykonywania zawodu

Specjalizacja/kurs/ dodatkowe uprawnienia.....

Tel. kontaktowy: e-mail:

PRZEDMIOTEM NINIEJSZEJ OFERTY JEST:

UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W WARIANTACH:

- Umowy kontraktowej na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę
- Umowy zlecenia na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę
w siedzibie Udzielającego zamówienia zgodnie z projektem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

Tygodniowa liczba godzin świadczonych usług medycznych w zakresie pielęgniarstwa w dni powszednie, w dni wolne od pracy, niedziele i święta

PROponuję następującą stawkę należności za udzielenie świadczenia:

Cena jednostkowa (brutto) za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie, dni wolne od pracy, niedziele i święta

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, w tym wzorem umowy.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem udzielać będzie w siedzibie Udzielającego Zamówienia.
3. Zobowiązuje się do osobistego udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia w pełnym zakresie od dnia r. do dnia r.
4. Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnej umowy ubezpieczenia OC*
5. Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnej umowy ubezpieczenia w zakresie profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego ze styczności z ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV, do której może dojść w trakcie wykonywania czynności zawodowych)*

6. Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnego orzeczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych.
7. Dysponuje własną odzieżą ochronną niezbędną do wykonywania świadczeń zdrowotnych.
8. Wyraża zgodę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przy użyciu sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie SPZZOZ w Lipsku.
9. Wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych: imienia, nazwiska, adresu, nr telefonu oraz danych dotyczących wykonywania zawodu, dla celów realizacji tej umowy.
10. Nie jest zatrudniony w SPZZOZ w Lipsku w ramach umowy o pracę/ lub zobowiązuje się rozwiązać umowę o pracę przed zawarciem umowy w wyniku niniejszego konkursu* *(niewłaściwe skreślić)*
11. Akceptuje szczegółowe warunki konkursu ofert oraz warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienie dla potrzeb niniejszego konkursu, jednocześnie wyrażam zgodę na wprowadzenie w umowie zmian, które zostaną uzgodnione na etapie negocjacji.

Oferent zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia, o których dowiedział się w związku z przystąpieniem do niniejszego konkursu, a których ujawnienie stanowiłoby czyn nieuczciwej konkurencji.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w mojej ofercie dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia aktualnego konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

ZAŁĄCZNIKI (niewłaściwe skreślić):

1. Kserokopie dokumentów potwierdzających wpis do rejestrów: podmiotów wykonujących działalność leczniczą, CEIDG*
2. Kserokopie dokumentów potwierdzających ukończone kursy, specjalizacje.
3. Kserokopia dyplomu potwierdzającego wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarki.
4. Kserokopia aktualnego prawa wykonywania zawodu.
5. Kserokopia polisy OC lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jej przedstawienia przed podpisaniem umowy*
6. Kserokopia ubezpieczenia w zakresie profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego ze styczności z ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV), do którego może dojść w trakcie wykonywania czynności zawodowych lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jej przedstawienia przed podpisaniem umowy*
7. Kserokopia orzeczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do udzielania świadczeń zdrowotnych lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jego przedstawienia przed podpisaniem umowy.
8. Kserokopia aktualnego zaświadczenia o szkoleniu BHP, a w przypadku wykonywania usług w narażeniu na działanie pola elektromagnetycznego – również aktualnego zaświadczenia o szkoleniu BHP w zakresie obsługi urządzeń wytwarzających pole elektromagnetyczne (tzw. w.cz.) lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jego przedstawienia przed podpisaniem umowy.

*niepotrzebne skreślić

- „Oświadczam, że w posiadaniu Udzielającego zamówienia znajduje się już komplet aktualnych dokumentów wymaganych do złożenia oferty.”

.....
Data i podpis Oferenta