

OFERTA
na udzielenie świadczeń zdrowotnych
w zakresie usług pielęgniarskich w Szpitalu im. Św. Faustyny Kowalskiej
– Blok Operacyjny

I. DANE OFERENTA

1. Pełna nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą albo imię i nazwisko, adres siedziby albo miejsce zamieszkania i adres oferenta (oraz adres do korespondencji jeśli jest inny):

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

2. Nr prawa wykonywania zawodu: 3. Staż pracy.....

4. Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji):

5. NIP 6. PESEL

7. REGON 8. Nr księgi rejestrowej

9. Telefon, mail:

II. PRZEDMIOT OFERTY

Rodzaj i zakres oferowanego świadczenia	Średnia ilość w tygodniu/miesiącu	Cena za jedną godzinę zł brutto
Świadczenie usług zdrowotnych		

III. Deklaruję gotowość świadczenia usług*:

zgodnie z proponowanym harmonogramem:

dzień	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota/Niedziela
w godzinach:						

świadczenie usług medycznych zgodnie z miesięcznym harmonogramem ustalonym wspólnie przez Udzielającego zamówienia i Przyjmującego zamówienie;

* *zakreślić właściwe*

IV. Wyrażam zgodę na świadczenie usług zdrowotnych zgodnie z miesięcznym harmonogramem, uwzględniając potrzeby Udzielającego zamówienia oraz ciągłość i kompleksowość udzielania świadczeń zdrowotnych, w ilości średnio godzin miesięcznie.

V. OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Zapoznałem się ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz wzorem umowy i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu, a także nie jestem ograniczony/a w wykonywaniu jakichkolwiek świadczeń zdrowotnych.
4. Zobowiązuję się do podpisania umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
5. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej, jak również zgodnie z przyjętymi standardami i wymogami prawnymi, w tym z zachowaniem przepisów sanitarnych, przeciwpożarowych i BHP.
6. Oświadczam, że nie figuruję w Rejestrze sprawców na tle seksualnym.
7. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta, podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości wykonywanych świadczeń zdrowotnych.
8. Zobowiązuję się do użytkowania otrzymanych od udzielającego zamówienia pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego, leków, materiałów medycznych, preparatów diagnostycznych oraz innych środków i sprzętu niezbędnego do udzielania świadczenia zdrowotnego w sposób zgodny z prawem i zasadami używania tego sprzętu i urządzeń.
9. Posiadam polisę ubezpieczenia OC prowadzonej przeze mnie działalności leczniczej oraz zobowiązuję się do kontynuowania tego ubezpieczenia i niezwłocznego przedkładania uwierzytelnionej kserokopii polisy ubezpieczenia OC Udzielającemu zamówienia.
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb realizacji umowy.
11. Zobowiązuję się do poddania kontroli przez Oddział Wojewódzki NFZ, innych uprawnionych organów oraz Udzielającego zamówienia w zakresie wynikającym z realizacji wykonywanych świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego zamówienia.
12. Zobowiązuję się niezwłocznie dostarczyć aktualne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia BHP.
13. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
14. Akceptuję wzór umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz pozostałe wymagania Udzielającego zamówienia, będące przedmiotem postępowania konkursowego.

IV. ZAŁĄCZNIKI (kserokopie poświadczane za zgodność):

1. Prawo wykonywania zawodu.
2. Dokumenty potwierdzające posiadanie stosownych do zakresu świadczeń zdrowotnych kwalifikacji, tj. specjalizacji z wybranego zakresu medycyny i/lub tytułu naukowego oraz certyfikatów potwierdzających nabycie umiejętności zawodowych,
3. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą bądź aktualny wydruk księgi rejestrowej.
4. Polisa ubezpieczeniowa, zgodna z obowiązującymi przepisami w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (minimalna suma gwarancyjna OC: 30 tys. euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 tys. euro do wszystkich zdarzeń).
5. Zaświadczenie – NIP, REGON, o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (dopuszcza się aktualny wydruk CEIDG).
6. Aktualne orzeczenie lekarskie (wydane przez lekarza medycyny pracy) o zdolności do realizacji przedmiotu umowy w ZOZ w Łęczycy.

.....
Podpis i pieczęć Oferenta

.....
data