

O F E R T A udzielania świadczeń zdrowotnych

Część I. Informacje:

1. Imię i nazwisko Oferenta:

2. Nazwa i adres firmy:

3. Adres do korespondencji (jeśli jest inny, niż adres działalności gospodarczej)

.....

4. Numer telefonu:5. e-mail

5. Numer PESEL:

6. Numer REGON: 7.Numer NIP

7. Proponuję miesięczny wymiar czasu udzielania świadczeń zdrowotnych w ilości godzin:

od godz. do godzin w każdym miesiącu objętym umową,

8.Oferuję kwoty należności:

– stawkę za 1 godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych:

-zł (słownie złotych:)

– stawkę za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:

-zł (słownie złotych:)

9.Proponuję czas trwania umowy (nie krócej niż 3 m-ce) – od dnia2019 roku do dnia

..... roku.

10.Informacja o świadczeniu pracy/usług zdrowotnych na rzecz innych podmiotów:

Ja, niżej podpisany/na

świadomy/ma odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233. § 1 kk w związku z treścią art. 233 § 6 kk

składając ofertę do postępowania konkursowego na świadczenie usług zdrowotnych, niniejszym oświadczam, że

aktualnie nie świadczę/świadczę* pracę/usługi* w zakresie

..... na rzecz niżej wymienionych podmiotów:

| Lp. | Nazwa jednostki | Rodzaj umowy | Stanowisko/czynności | Ilość godzin w m-cu |
|-----|-----------------|--------------|----------------------|---------------------|
|-----|-----------------|--------------|----------------------|---------------------|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

i w przypadku przyjęcia mojej oferty poza świadczeniem usług w SP ZOZ Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku zamierzam kontynuować świadczenie pracy/usług zdrowotnych na rzecz niżej wymienionych podmiotów:

| Lp. | Nazwa jednostki | Rodzaj umowy | Stanowisko/czynności | Ilość godzin w m-cu |
|-----|-----------------|--------------|----------------------|---------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

*niepotrzebne skreślić

.....

Czytelny podpis oferenta

Część II. Oświadczenia:

O ś w i a d c z a m, ż e:

1. Zapoznałam/em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert i Szczegółowymi Warunkami Konkursu,
2. wyrażam wolę zawarcia i przyjmuję warunki umowy, według projektu stanowiącego załącznik nr 2 do Szczegółowych Warunków Konkursu,
3. spełniam wymagania zdrowotne, określone we właściwych przepisach i przyjmuję obowiązek przedłożenia stosownego zaświadczenia,
4. posiadam staż pracy (doświadczenie zawodowe) w oddziałach wymienionych w cz. III SWK, tj.-..... lat,
5. przyjmuję obowiązek terminowego zawarcia i kontynuacji umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych i udokumentowania oraz terminowego doręczenia Udzielającemu zamówienia kopii w/w umowy ubezpieczenia,

6. nie jestem pozbawiona/y możliwości wykonywania zawodu w wyniku prawomocnego orzeczenia przez sąd pielęgniarek i położnych lub orzeczonego przez sąd środka karnego polegającego na zakazie wykonywania zawodu,
7. prowadzona przeze mnie działalność obejmuje zakres świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert,
8. stan prawny złożonych dokumentów jest w dniu złożenia oferty aktualny.

.....
Czytelny podpis oferenta

Część III. Dokumenty:

Załączam kserokopie* następujących dokumentów: *(niepotrzebne skreślić)*

- a) wpis do ewidencji działalności gospodarczej, pobrany z Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej (CEIDG) po dacie ogłoszenia konkursu,
- b) wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL) pobrany po dacie ogłoszenia konkursu (tj. wydruk księgi rejestrowej)
- e) świadectwo lub dyplom ukończenia szkoły pielęgniarskiej/uczelni kierunku pielęgniarstwo
- f) prawo wykonywania zawodu pielęgniarki
- g) dyplomy posiadanych specjalizacji i/lub kursów kwalifikacyjnych, zaświadczenia o stażu pracy
- h) curriculum vitae (CV)
- i) informację o liczbie i kwalifikacjach zawodowych osób wykonujących określone świadczenia zdrowotne objęte konkursem ofert (dla podmiotów leczniczych)

**wszystkie kopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez oferenta*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie udostępnionych danych osobowych przez SP ZOZ WSPRiTS w Płocku w zakresie koniecznym dla przeprowadzenia i rozstrzygnięcia konkursu ofert oraz zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem – na zasadach określonych w przepisach Rozp. PEiRUE 2016/679 i ustawie o ochronie danych osobowych. Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie zawarta, oraz odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 193 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm).

Data sporządzenia oferty:

Czytelny podpis Oferenta:

