

FORMULARZ OFERTOWY:

1. Dane przyjmującego zamówienie

A. Podmiot leczniczy*

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego

Nr wpisu do rejestru

nr KRS.....

Pełnomocnik

kontakt

B. Praktyka zawodowa*

Imię i nazwisko

telefon.....

e-mail

adres:.....

PESEL

NIP

REGON.....

Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej

Nr prawa wykonywania zawodu

Specjalizacja (nazwa, stopień i data uzyskania)

2. Zakres świadczeń

Zgłaszam ofertę na realizację świadczeń zdrowotnych w ramach umowy kontraktowej*:

- 1) Pielęgniarstwo w poradni okulistycznej – cena zł. za godzinę;
- 2) Pielęgniarstwo w środowisku nauczania i wychowania – cena zł. za godzinę;
- 3) Pielęgniarstwo POZ w poradni pediatrycznej – cena zł. za godzinę;
- 4) Pielęgniarstwa w poradni pulmonologicznej – cenazł. za godzinę;
- 5) Pielęgniarstwa w poradni laryngologicznej – cenazł. za godzinę;
- 6) Pielęgniarstwo w POZ – cena zł. za godzinę;
- 7) Pielęgniarstwo w POZ rodzinne – cena zł. za godzinę;
- 8) Pielęgniarstwo w oddziale psychiatrycznym – cena zł. za godzinę;
- 9) Pielęgniarstwa przy realizacji programu zdrowotnego m.st. Warszawy „Ocena ryzyka występowania choroby nadciśnieniowej u młodzieży szkolnej pomiędzy 18 a 19 rokiem życia” – cena zł. za osobę;
- 10) Artterapia w oddziale dziennym psychiatrycznym – cena zł. za godzinę.

Oferuję dyspozycyjność do realizacji świadczeń zdrowotnych w następujące dni:

poniedziałek w godz.;

wtorek w godz.;

środa w godz.;

czwartek w godz.;

piątek w godz.

3. Termin świadczenia usług

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia

..... do dnia 30.06.2014 r.

4. Oświadczenia

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami postępowania w sprawie zawierania umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....
miejscowość i data

.....
podpis przyjmującego zamówienie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SZPZLO Warszawa-Ochota zawartych w przesłanym CV dla potrzeb niezbędnych w procesie rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.).

.....
miejscowość i data

.....
podpis przyjmującego zamówienie

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY*:

1. potwierdzenie aktualnego wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
2. wypis z rejestru prowadzonego przez wojewodę lub Ministra Zdrowia lub okręgową radę lekarską właściwą dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lekarza lub okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej przez pielęgniarkę lub wypis z Krajowego Rejestru Diagnostów Laboratoryjnych lub (jeżeli dotyczy);
3. dokument określający status prawny podmiotu założycielskiego (w przypadku, gdy Przyjmującym zamówienie jest podmiot leczniczy będący przedsiębiorcą);
4. umowę lub pisemne zobowiązanie się Przyjmującego zamówienie do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną w wyniku realizacji umowy o udzielanie zamówienia (art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217). Dotyczy to również odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV. Kopię polisy na warunkach określonych w zobowiązaniu oferent przedkłada najpóźniej w przeddzień rozpoczęcia realizacji świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy;
5. informacje o liczbie osób, które będą realizowały przedmiot umowy z podaniem ich kwalifikacji zawodowych, nr prawa wykonywania zawodu (jeśli dotyczy);
6. wypis z rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarских;
7. dyplom pielęgniarki (dot. PAKIETÓW I - IX) lub dyplom ukończenia szkoły wyższej na kierunku artystycznym lub studiów podyplomowych przygotowujących do prowadzenia artterapii (dot. PAKIETU X);
8. oświadczenie o spełnieniu standardów jakościowych określonych w obowiązujących przepisach (jeśli dotyczy);
9. dokumenty potwierdzające zdobyte kwalifikacje zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. Nr 111, poz. 653, z późn. zm.) lub z rozporządzeniem Ministra zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139, z późn. zm.);
10. Przyjmujący zamówienie przed podpisaniem umowy jest zobowiązany do dostarczenia aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia wystawione przez lekarza medycyny pracy;
11. dokument potwierdzający formalne kwalifikacje - dyplom i zaświadczenia o odbytych kursach kwalifikacyjnych - zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.):
 - a) udokumentowany minimalny staż pracy 3 lata w poradni okulistycznej (dot. PAKIETU I);
 - b) kurs kwalifikacyjny środowiska, nauczania i wychowania (dot. PAKIETU II i IX);
 - c) kurs szczepień oraz inne zgodne z profilem poradni pediatrycznej (dot. PAKIETU III);
 - d) kurs specjalistyczny z wykonywania i oceny badań spirometrycznych (dot. PAKIETU IV);
 - e) udokumentowany minimalny staż pracy 3 lata w poradni laryngologicznej (dot. PAKIETU V);
 - f) wykształcenie wyższe oraz kurs kwalifikacyjny z organizacji i zarządzania (dot. PAKIETU VI);
 - g) kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwo rodzinne lub kurs szczepień, lub kurs EKG (dot. PAKIETU VII);
 - h) kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwo psychiatryczne lub udokumentowany staż pracy minimum 5 lat pracy w oddziale psychiatrycznym (dot. PAKIETU VIII).

* niepotrzebne skreślić