

FORMULARZ OFERTOWY
Spr. nr ZP-2512-14-GK/2016

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 zakresie:

PAKIET I pielęgniarstwo w środowisku nauczania i wychowania oraz realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych z wynagrodzeniem w wysokości: zł brutto za godzinę wypracowaną oraz zł brutto za jednego przebadanego ucznia;

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

4. Oświadczenia

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

.....
miejscowość i data

.....
podpis przyjmującego zamówienie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SZPZLO Warszawa-Ochota zawartych w złożonej ofercie dla potrzeb niezbędnych w procesie przeprowadzenia konkursu ofert, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz.2135 z późn. zm.).

.....
miejscowość i data

.....
podpis przyjmującego zamówienie

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY*:

- 1) 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 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r., poz.618 ze zm.);). 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(jeśli dotyczy);
- 2) oświadczenie o wykonaniu szczepień przeciw WZW typu B;
- 3) dokument potwierdzający odbycie kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania;
- 4) prawo wykonywania zawodu (jeśli dotyczy);
- 5) wypis z rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarskich (jeśli dotyczy);
- 6) dyplom lub świadectwo ukończenia szkoły medycznej w zawodzie pielęgniarka;
- 7) dokumenty potwierdzające zdobyte kwalifikacje zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1248);
- 8) dokument potwierdzający formalne kwalifikacje - dyplom i zaświadczenia o odbytych kursach kwalifikacyjnych - zgodnie z ustawą z dnia 15lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2014r, poz. 1435 ze zm.);
- 9) zaświadczenie lekarskie dopuszczające do pracy lub pisemne zobowiązanie się Przyjmującego zamówienie, że przedłoży stosowne zaświadczenie najpóźniej w przeddzień rozpoczęcia realizacji świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy.

* *niepotrzebne skreślić*