

**FORMULARZ OFERTOWY**  
Spr. nr ZP-2512-34-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** świadczenia zdrowotne **z zakresu arterterapii** w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – w oddziale dziennym psychiatrycznym - ..... zł za godzinę wypracowaną;

**PAKIET II** świadczenia zdrowotne **z zakresu pielęgniarstwa** w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – w poradni okulistycznej - ..... zł za godzinę wypracowaną;

**PAKIET III** świadczenia zdrowotne **z zakresu pielęgniarstwa** w podstawowej opiece zdrowotnej w **poradni pediatrycznej** - ..... zł za godzinę wypracowaną;

**PAKIET IV** świadczenia zdrowotne **z zakresu pielęgniarstwa** w ambulatoryjnej opiece **specjalistycznej – w poradni pulmonologicznej** - ..... zł za godzinę wypracowaną;

**PAKIET V** świadczenia zdrowotne **z zakresu pielęgniarstwa** w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – w poradni laryngologicznej - ..... zł za godzinę wypracowaną;

**PAKIET VI** świadczenia zdrowotne **z zakresu pielęgniarstwa** w podstawowej opiece zdrowotnej **w gabinecie zabiegowym** - ..... zł za godzinę wypracowaną;

**PAKIET VII** świadczenia zdrowotne **z zakresu pielęgniarstwa rodzinnego w podstawowej opiece zdrowotnej** - ..... zł za godzinę wypracowaną ;

**PAKIET VIII** świadczenia zdrowotne **z zakresu z zakresu pielęgniarstwa** w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – **w oddziale dziennym psychiatrycznym** - ..... zł za godzinę wypracowaną;

**PAKIET IX** świadczenia zdrowotne z zakresu pielęgniarstwa gastroenterologicznego - ..... zł za godzinę wypracowaną;

**PAKIET X** świadczenia zdrowotne z zakresu położnictwa w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w poradni ginekologicznej - ..... zł za godzinę wypracowaną;

**PAKIET XI** świadczenia zdrowotne z zakresu pobierania materiału do badań laboratoryjnych - ..... zł za godzinę wypracowaną;

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 2016 r. poz. 922).

.....  
miejscowość i data

.....  
podpis przyjmującego zamówienie

### ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY\*:

- 1) prawo wykonywania zawodu;
- 2) wypis z rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarских (jeśli dotyczy);
- 3) dyplom albo świadectwo ukończenia szkoły medycznej w zawodzie pielęgniarzka; pakiet X - położna; pakiet XI - technik analityki medycznej;
- 4) kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek w zakresie szczepień ochronnych lub kurs położnictwa środowiskowo – rodzinnego (jeśli dotyczy);
- 5) dokumenty potwierdzające zdobyte kwalifikacje zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013

*r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r., poz. 357); lub z rozporządzeniem Ministra zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 86.);*

- 6) *dokument potwierdzający formalne kwalifikacje - dyplom i zaświadczenia o odbytych kursach kwalifikacyjnych - zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1251 tj.);*
- 7) *Zaświadczenie lekarskie dopuszczające do pracy lub oświadczenie o dostarczeniu w/w zaświadczenia przed przystąpieniem do pracy;*
- 8) *Oświadczenie o szczepieniu WZW;*
- 9) *Polisa OC lub oświadczenie o zobowiązaniu do jej zawarcia.*

*\* niepotrzebne skreślić*