

Jelenia Góra, dnia.....

O F E R T A

na przyjęcie obowiązków na udzielanie świadczeń zdrowotnych wykonywanych w ramach kontraktów pielęgniarских/ położnych udzielanych przez pielęgniarki /położne w szpitalnych komórkach organizacyjnych

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Zawód.....

Nr prawa wykonywania zawodu

Specjalizacja w zakresie

Nr dokumentu specjalizacji.....

Nr rejestr. indywidualnych praktyk pielęgniarских.....*/nr rejestru podmiotów wykonujących działalność pielęgniarскую

Nr wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej (organ dokonujący wpisu)

.....

NIP.....REGON.....

Adres do korespondencji

.....

.....

Telefon

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie

.....

w siedzibie Udzielającego Zamówienia - w Oddziale/Poradni/Pracowni

.....

Oferent oświadcza, iż:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza w tym zakresie zastrzeżeń
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie Wojewódzkiego Centrum Szpitalnego Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze w okresie od 01.01.2012 (lub późniejszym – ustalonym z Dyrektorem Szpitala) do 31.12.2015
3. Na dzień 01.01.2012 roku nie jest związany umową o pracę z Wojewódzkim Centrum Szpitalnym Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze
4. Świadczenia medyczne dla każdego zakresu świadczeń medycznych określone umową wykonywać będzie w ilości nie mniejszej niż (należy wskazać minimalną liczbę deklarowanych godzin) :

- a)dni/godzin miesięcznie dla zakresu.....
- b)dni/godzin miesięcznie dla zakresu.....
- c/dni/godzin miesięcznie dla zakresu

i w związku z powyższym upoważniam Udzielającego Zamówienia do wykazywania wyżej podanych informacji w dokumentach i informacjach przekazywanych do Narodowego Funduszu Zdrowia.

(należy podać proporcjonalnie do szacunkowej liczby 168 godzin pracy w miesiącu)

5. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
6. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości (Zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc na równowartość na dzień podpisania umowy.)*
7. Proponuje następujące warunki wynagrodzenia :
 - cenę brutto za jedną godzinę świadczenia medycznego :
 - kontrakt zł/
 -
1. **aktualna kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą*/ kopia wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarskich*** – zał. nr1
2. kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej – zał. nr 2
3. kopia nadania numeru REGON – zał. nr 3
4. kopia nadania numeru NIP – zał. nr 4
5. Kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu i posiadanej specjalizacji i kursów kwalifikacyjnych i specjalistycznych– zał. 5a, 5b, itd.)
6. kopia polisy OC lub oświadczenie o przedłożeniu polisy – zał. nr 6
7. aktualne orzeczenie lekarskie o zdolności do realizacji przedmiotu umowy – zał. nr 7
8. opinia Pielęgniarki Oddziału/ Poradni/Pracowni lub/ i Naczelnej Pielęgniarki o przydatności do pracy w oddziale/poradni/pracowni – zał. nr 8

.....
(podpis i pieczęć oferenta)

*-niepotrzebne skreślić