

1. FORMULARZ OFERTOWY – dyżury pielęgniarek/rzy w oddziałach szpitalnych.

I. DANE OFERENTA:

Imię i Nazwisko lub Nazwa Oferenta:

.....

Adres Oferenta:

NIP REGON PESEL (dot. os. fizycznych).....

Nr tel. e-mail

II. PROPONOWANA KWOTA WYNAGRODZENIA

Za realizację zamówienia proponuję następującą stawkę wynagrodzenia:

za udzielanie świadczeń zdrowotnych

kwotę:.....zł brutto/1h (słownie:.....złotych)

KWALIFIKACJE ZAWODOWE OFERENTA

1.
2.
3.

III. WYMAGANE DOKUMENTY

1. dyplom ukończenia szkoły medycznej lub studiów wyższych uprawniających do wykonywania zawodu pielęgniarki/arza,
2. aktualne prawo wykonywania zawodu,
3. aktualne zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
4. aktualny wpis do rejestru praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych,
5. certyfikaty i dokumenty potwierdzające posiadanie dodatkowych uprawnień i kwalifikacji,
6. certyfikaty i zaświadczenia z odbytych szkoleń w ramach doskonalenia zawodowego,
7. aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające zdolność do wykonywania zawodu,
8. aktualne zaświadczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych,
9. karta przebiegu doskonalenia zawodowego,
10. ubezpieczenie OC,
11. zaświadczenie o stażu pracy.

Uwaga: dokumenty mogą być przedstawione w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej „za zgodność z oryginałem” z podpisem, datą i pieczętką oferenta lub osoby przez niego upoważnionej. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez oferenta.

OŚWIADCZENIA OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem się z materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni.
3. Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
4. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie zgodne są z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w dniach uzgodnionych z Udzielającym Zamówienia oraz wg ustalonego harmonogramu.
6. Zapewniam niezmiennosć cen w okresie obowiązywania umowy.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)