**Załącznik nr 1 do SWKO**

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**NR POSTĘPOWANIA 77/2020**

1. **Dane oferenta**

Oferta indywidualna – w ramach prowadzonej działalności gospodarczej

Nazwa prowadzonej działalności: ………….…………………………………………………………………………………………… Imię i nazwisko ..................................................................... ……………..............……………......……………….

Imię ojca: ……………………………………………………………Imię matki: …………………………………………………………..

e-mail..........................................................telefon do kontaktu.............................................................

adres prowadzonej działalności: kod.............................miejscowość........................................................................

ulica................................................................................................................nr......................................

adres zamieszkania (*wypełnić, jeśli jest inny niż powyższy*):

kod.............................miejscowość........................................................................

ulica................................................................................................................nr......................................

PESEL ................................................ NIP ............................................REGON.......................................

Nr prawa wykonywania zawodu: ............................................................................................................

Zaświadczenie o wpisie do Rejestru Indywidualnych Praktyk Pielęgniarskich (RPWDL) nr .................................................................................................................................................................,

Nr rachunku bankowego: .........................................................................................................................

1. **Posiadane kwalifikacje/ ukończone kursy :**

1. Dyplom ukończenia...............................................................................................................................

2. Specjalizacja……………….................................…………………………..........................................….. ..............

3. Specjalizacja..........................................................................................................................................

4. Umiejętności, szkolenia i kursy: .........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

…………………………………………...............................................……………………………………………………………

……................................................…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………...............................................……………………………………………………………

(*wymagane potwierdzenie stosownymi zaświadczeniami – załączyć do oferty*)

1. **Zakres świadczeń**

Zgłaszam ofertę na stanowisko położnej Oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala w Malborku w zakresie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert i warunkami projektu umowy.

**Deklaruję średniomiesięczną liczbę godzin: …………………………………………………..**

*Udzielający zamówienia dopuszcza możliwość zmiany ilości godzin deklarowanych w ofercie o 30% na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z bieżącego zapotrzebowania Udzielającego zamówienia.*

1. **Oferta cenowa:**

Za realizację powyższych czynności oczekuję należności w wysokości :

**Za udzielanie świadczeń zdrowotnych oczekuję należności w wysokości : ..................................... zł (brutto) za godzinę\*.**

*\*Uwaga: stawka powyższa dot. stawki podstawowej (bez dodatków wynikających z Rozporządzeń Ministra Zdrowia i innych).*

1. **Termin świadczenia usług:**

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych **01.01.2021r. do 31.12.2021r.**

**6. Oświadczenie**

Świadomy odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 kk w związku z treścią art. 233 § 6 kk składając ofertę do postępowania konkursowego na świadczenie usług medycznych, niniejszym:

1. Oświadczam, że nie jestem karany/-a za przestępstwa umyślne, zawodowe, skarbowe.
2. Oświadczam, iż spełniam warunki określone w konkursie ofert tj. Posiadam doświadczenie zawodowe – Wykonywanie zawodu w ostatnich 2 latach w warunkach oddziału położniczo-ginekologicznego lub noworodkowego.
3. Oświadczam, że jestem wpisany/-a do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEDIG).
4. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.
5. Oświadczam, ze wobec oferenta został spełniony obowiązek informacyjny wynikający z RODO.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie tych danych na potrzeby przeprowadzenia niniejszego postępowania jak i wykonanie obowiązków wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa w tym RODO.
7. Oświadczam, że obecnie pracuję w:

a. ................................................................................................................................................

na podstawie stosunku pracy\*\*, umowy cywilno-prawnej\*\*

b. ...................................................................................................................................................

na podstawie stosunku pracy\*\*, umowy cywilno-prawnej\*\*,

*\*\*Niewłaściwe skreślić*

Oświadczam, że wymagane w konkursie dokumenty (ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY) \*\*\*:

........................................................................................................

........................................................................................................

........................................................................................................

........................................................................................................

........................................................................................................

........................................................................................................

........................................................................................................

........................................................................................................

........................................................................................................

znajdują się w posiadaniu Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku i na dzień składania niniejszej oferty są aktualne.

*\*\*\*Wypełnić jeśli dotyczy*

Malbork, dnia ...........................................

............................................

podpis oferenta

Załączniki do oferty:

1. wpis do ewidencji działalności gospodarczej
2. zaświadczenie o dokonaniu rejestracji w Rejestrze Praktyk Zawodowych (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – RPWDL)
3. polisa ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej pielęgniarki wykonującej zawód na terenie RP
4. zaświadczenie(orzeczenie lekarskie) o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku pielęgniarki,
5. kwalifikacje (dyplom ukończenia szkoły, prawo wykonywania zawodu, dyplomy specjalizacji, szkolenia),
6. zaświadczenie o ukończeniu szkolenia BHP,
7. inne dokumenty i oświadczenia określone w warunkach jakie powinien spełniać oferent