Załącznik nr 1 do SWKO

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
NR POSTĘPOWANIA 14/2022

1. Dane oferenta - Oferta indywidualna – w ramach prowadzonej działalności gospodarczej

Imię i nazwisko .....
Imię ojca: ..... imię matki: .....
Nazwa prowadzonej działalności: .....
adres prowadzonej działalności: .....
.....
adres zamieszkania (*wypełnić, jeśli jest inny niż powyżej*):
miejscowość..... kod pocztowy: .....
ulica.....nr.....
e-mail..... tel. do kontaktu.....
PESEL ..... NIP ..... REGON.....
PWZ: nr.....wydane przez: OIPiP w .....
Data wydania PWZ: .....Nr księgi rejestrowej (RPWDL): .....
Zaświadczenie o dokonaniu wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez OIPiP w ..... nr Z-.....
Nr rachunku bankowego: .....

Posiadane kwalifikacje zawodowe (odpowiednie wypełnić):
1. Dyplom ukończenia*.....
   Nr dyplomu ..... Data wydania dyplomu .....
   Uzyskany tytuł**: .....
2. Specjalizacja z .....
   Nr dyplomu ..... Data wydania dyplomu: .....
   Dyplom wydany przez: .....

** np. Liceum Medyczne w ….Technikum medyczne w ……., Szkoła wyższa (podać jaka) w ….. itp.*
*** np. pielęgniarka, licencjat pielęgniarstwa/położnictwa, magister pielęgniarstwa/położnictwa*

2. Zakres świadczeń

Zgłaszam ofertę na stanowisko pielęgniarki/położnej odcinkowej w oddziałach i komórkach org. Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku w zakresie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert, na warunkach określonych w SWKO i projekcie umowy – ZADANIE NR .....

ZADANIE 1 – MALBORK (UWAGA, NALEŻY ZAZNACZYĆ TYLKO JEDNĄ WYBRANĄ OPCJĘ!):

NAZWA ODDZIAŁU/KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ (wybrane zaznaczyć znakiem „X”)	**DEKLAROWANA ŚREDNIOMIESIĘCZNA LICZBA GODZIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ (wpisać)**
☐ ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII	
☐ ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH	
☐ ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ	
☐ ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNY	
☐ ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNY I BLOK OPERACYJNY POŁOŻNICZY	
☐ ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY	
☐ ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNY I NEONATOLOGICZNY	
☐ BLOK OPERACYJNY	
☐ IZBA PRZYJĘĆ	

ZADANIE 2 – NOWY DWÓR GDAŃSKI (UWAGA, NALEŻY ZAZNACZYĆ TYLKO JEDNĄ WYBRANĄ OPCJĘ!):

NAZWA ODDZIAŁU/KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ (wybrane zaznaczyć znakiem „X”)	DEKLAROWANA ŚREDNIOMIESIĘCZNA LICZBA GODZIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ (wpisać)
☐ ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH	
☐ IZBA PRZYJĘĆ I ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH	

3. Oferta cenowa

Za udzielanie świadczeń zdrowotnych oczekuję należności w wysokości : ……zł brutto/godz.

UWAGA: Proponowana stawka powinna zawierać kwotę należnego dodatku przyznanego na podstawie Zarządzenia nr 122/2021/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30.06.2021r. z późn. zm. w sprawie określenia współczynników korygujących dotyczących świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne oraz ratowników medycznych z późn. zm.

4. Termin świadczenia usług

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych na czas określony tj. od dnia **01.04.2022r.** do dnia **30.09.2023r.**

5. 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:

a) Oświadczam, że nie jestem karany za przestępstwa umyślne, zawodowe, skarbowe.
b) Oświadczam, że jestem wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEDIG) i na dzień składania oferty prowadzę zarejestrowaną działalność gospodarczą zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa,
c) Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.
d) Oświadczam, ze wobec oferenta został spełniony obowiązek informacyjny wynikający z RODO.
e) Wyrażam zgodę na przetwarzanie tych danych na potrzeby przeprowadzenia niniejszego postępowania jak i wykonanie obowiązków wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa w tym RODO.
f) Oświadczam, że obecnie pracuję w:

a. .....

na podstawie stosunku pracy*, umowy cywilno-prawnej*

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*

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. *Dokumenty kwalifikacyjne (dyplom potwierdzający uzyskane kwalifikacje zawodowe, prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacji),*
2. *Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej*
3. *Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez OIPiP*
4. *Aktualna Polisa ubezpieczeniowa OC od odpowiedzialności cywilnej pielęgniarki/położnej wykonującej zawód na terenie RP*
5. *Aktualne zaświadczenie o ukończonym szkoleniu BHP.*
6. *Aktualne zaświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku pielęgniarki/położnej,*
7. *Obligatoryjnie: Dyplomy potwierdzające nabycie dodatkowych kwalifikacji zawodowych (kursy, szkolenia itp.)*

Malbork, dnia .....

.....

podpis oferenta