Załącznik nr 1 do SWKO

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
NR POSTĘPOWANIA 89/2022

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

Imię i nazwisko .....
Imię ojca: …… imię matki: ……
Nazwa prowadzonej działalności: .....
adres prowadzonej działalności:
miejscowość..... kod pocztowy: ……
ulica.....nr.....
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-……..

Posiadane kwalifikacje zawodowe (odpowiednie wypełnić):
1. Dyplom ukończenia*……w……..
   Nr dyplomu …….. Data wydania dyplomu ……..
   Uzyskany tytuł**: ……
2. Specjalizacja: ……
   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, posiadane doświadczenie zawodowe
Zgłaszam ofertę na stanowisko KIEROWNIKA DS. PIELĘGNIARSTWA w szpitalu w Malborku i Nowym Dworze Gdańskim będących jednostkami organizacyjnymi Powiatowego Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Malborku wraz z pełnieniem funkcji Pełnomocnika ds. Systemów Zarządzania Jakością na warunkach określonych w SWKO i projekcie umowy.

Oświadczam, iż moje:
- Doświadczenie zawodowe na stanowisku pielęgniarki wynosi ……. miesięcy (min.60),
- Doświadczenie zawodowe na stanowisku związanym z zarządzaniem personelem pielęgniarskim/ położniczym (dyrektor/kierownik/koordynator*) wynosi ……miesięcy (min. 36)
- Doświadczenie zawodowe na stanowisku pełnomocnika ds. Systemów zarządzania jakością (min. ISO:9001) wynosi …….. miesięcy (min. 24)

**odpowiednie zaznaczyć*

Deklarowana średniomiesięczna liczba godzin udzielania świadczeń wynosi: ……..

3. Oferta cenowa

Za udzielanie świadczeń określonych w konkursie ofert oczekuję należności w wysokości

…….zł brutto/godz.

UWAGA: Proponowana stawka nie zawiera kwoty 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.. Kwota ta zostanie uwzględniona we wzorze umowy.

4. Termin świadczenia usług

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych na czas określony tj. od dnia **01.12.2022r.** do dnia **30.11.2024r.**

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. *Dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe określone w pkt 2 formularza - Zakres świadczeń, posiadane doświadczenie zawodowe (umowy, referencje itp.)*
3. *Zaświadczenie o dokonaniu wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez OIPiP,*
4. *Aktualna Polisa ubezpieczeniowa OC od odpowiedzialności cywilnej pielęgniarki wykonującej zawód na terenie RP*
5. *Aktualne zaświadczenie o ukończonym szkoleniu BHP dla osób kierujących personelem medycznym,.*
6. *Aktualne zaświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku pielęgniarki,*

Malbork, dnia .....

.....

podpis oferenta