

Dane Oferenta:

Imię i nazwisko, nazwa firmy.....

Adres i siedziba firmy:.....tel. kont.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów prow. dział. leczniczą.....

NIP Regon

Staż pracy:.....

Kwalifikacje Oferenta:(stopień specjalizacji).....

.....

.....

.....

Żnin, dnia

PAŁUCKIE CENTRUM ZDROWIA
Sp.z o.o. w Żninie

O f e r t a

na zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

Zgodnie z ogłoszonym konkursem z dnia 25 lutego 2016 r. składam swoją ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Pałuckiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Żninie / : w zakresie kompetencji.....

i zobowiązuję się do:

1. Udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, ogólnie przyjętymi zasadami etyki zawodowej i należytą starannością, przy respektowaniu istniejących standardów i procedur medycznych oraz w uzgodnieniu i przy współdziałaniu z Koordynatorem oddziału/ działu,
2. Udzielania świadczeń zdrowotnych w godzinach i ilościach wynikających z zawartych kontraktów z NFZ i innymi podmiotami oraz zgodnie z harmonogramem uzgodnionym z Pielęgniarką Oddziałową i przy zapewnieniu ciągłości całodobowej opieki medycznej w komórkach pracujących w tym systemie,

3. W przypadku wyboru oferty- zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych – na warunkach określonych w obowiązujących przepisach prawnych.
4. Zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem oferty na okres od 1.04.2016r do 31.12.2016 r. lub.....
lecz nie krócej niż na okres 3 m-cy. Z możliwością przedłużenia o ile strony wyrażą taką wolę.

Oferowane ceny świadczeń:

- a. Za 1 godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych :zł brutto
- b. Proponowana liczba godzin udzielania świadczeń w miesiącu:
(nie może wykraczać poza normy określone w Regulaminie)

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje wymagane do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem oferty, określone w odrębnych przepisach.
2. Świadczenia zdrowotne wykonywane będą zgodnie z postanowieniami umowy.
3. Zapoznałem/am/ się z treścią ogłoszenia, regulaminem przeprowadzenia konkursu oraz projektem umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
4. W ramach prowadzonej praktyki samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS.
5. Do oferty załączam **oryginały lub kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem** następujących dokumentów, których stan prawny złożonych dokumentów nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty*:
 - dyplom ukończenia szkoły studiów,
 - dyplom/dyplomy dodatkowych kwalifikacji,
 - prawo wykonywania zawodu,
 - aktualne zaświadczenie lekarskie o zdolności do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku wydane przez lekarza medycyny pracy
 - zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
 - zaświadczenie o dokonaniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej,
 - zaświadczenie o nadaniu numeru REGON,

- zaświadczenie o nadaniu numeru NIP,
- polisę obowiązkowego ubezpieczenia OC lub oświadczenie, że oferent wykupi taką polisę i dostarczy ją najpóźniej w dniu podpisania umowy.
- oświadczenie, że oferent nie zawarł umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z Oddziałem Wojewódzkim NFZ w zakresie na który składa ofertę,
- Inne:.....
-

Uwaga:

- właściwe zaznaczyć (niepotrzebne skreślić)
- parafować i ponumerować każdą stronę oferty
- Oferta zawiera.....stron

.....
podpis oferenta