



OFERTA - AKTUALIZACJA

o udzielanie świadczeń zdrowotnych w siedzibie Udzielającego zamówienia w zakresie opieki pielęgniarstwa na rzecz pacjentów Szpitala Psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie:

- 1/ Oddziały Ogólnopsychiatryczne,
- 2/ Oddział Detoksykacji Alkoholowej,
- 3/ Oddział Leczenia Zaburzeń Nerwicznych dla Dorosłych,
- 4/ Zakład Opiekuńczo - Lecznicy Psychiatryczny w Rudziszkach

1. Dane oferenta:

.....
(nazwa oferenta)
.....tel.....
(adres)

Adres do korespondencji:

(w przypadku, gdy jest inny niż adres oferenta j. w.)
.....

2. Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu.....

3. Okres na jaki oferta została złożona

4. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia w kwocie za godziną wykonywania świadczeń zdrowotnych:

..... zł brutto (słownie:)

UWAGI Oferenta

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



OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Zapoznałem(-am) się z treścią ogłoszenia, warunkami dotyczącymi konkursu na udzielanie świadczeń **pielęgniarskich** w Szpitalu Psychiatrycznym Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie, ul. Gen J. Bema 24 i warunkami projektu umowy, do których nie wnoszę uwag*
*W przypadku uwag do umowy, prosimy o uwzględnienie ich w formularzu ofertowym, w pozycji Uwagi.
2. Oświadczam, że posiadam aktualne i opłacone ubezpieczenie w zakresie OC, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, które przedłożę najpóźniej w dniu podpisania umowy.
3. Po upływie okresu ubezpieczenia w zakresie OC, zobowiązuję się zawrzeć nową umowę ubezpieczenia OC, kontynuowaną na okres, co najmniej do końca trwania umowy.
4. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie (poświadczane za zgodność z oryginałem) są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie dla celów realizacji konkursu.
6. Oświadczam, że nie jestem karany(a) ani nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności karnej oraz że nie znam okoliczności, które mogłyby mieć wpływ na podjęcie i wykonywanie zawodu pielęgniarki.
7. Oświadczam, że mój aktualny stan zdrowia pozwala na wykonywanie pracy na stanowisku lekarza, zgodnie z zaświadczeniem lekarskim, które przedłożę najpóźniej w dniu podpisania umowy

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

ZAŁĄCZNIKI – odpowiednio dla OFERENTA:

1. Kserokopie, potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki, tj.:
 - 1) prawo wykonywania zawodu pielęgniarki,
 - 2) dyplom pielęgniarki,
 - 3) dyplom uzyskania specjalizacji lub potwierdzenie rozpoczęcia specjalizacji,
 - 4) inne posiadane dokumenty potwierdzające nabycie fachowych umiejętności – w przypadku ich posiadania.
2. Potwierdzone przez Oferenta za zgodność z oryginałem dokumenty określające status prawny oferenta, tj.:
 - 1) dokument potwierdzający wpis indywidualnej/indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą (wydruk księgi rejestrowej) – jeżeli dotyczy,



**Szpital Psychiatryczny
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Węgorzewie**

-
- 2) dokument potwierdzający wpis do ewidencji działalności gospodarczej (wydruk z systemu CEIDG) – jeżeli dotyczy,
 - 3) zaświadczenie o nadaniu nr REGON i NIP – nie jest wymagane w przypadku, gdy są zamieszczone w wydruku CEIDG) – jeżeli dotyczy.
 3. Potwierdzona przez Oferenta „za zgodność z oryginałem” kopia obowiązkowej polisy OC lub oświadczenie o przedłożeniu polisy OC.
 4. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta.