

.....
(pieczęć oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY
na udzielenie świadczeń zdrowotnych
przez pielęgniarkę/ pielęgniarza/ ratownika medycznego
dla osadzonych w Zakładzie Karnym we Wronkach i Oddziale Zewnętrznym Szamotułach

1. Nazwa i adres podmiotu (jeżeli dotyczy):

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

2. Nazwa praktyki, imię i nazwisko, adres (jeżeli dotyczy):

.....
.....

3. Telefon.....

4. E-mail.....

5. NIP.....

6. REGON.....

7. Nr prawa wykonywania zawodu

8. Nr wpisu do właściwego rejestru.....

9. Nazwa organu, który dokonał wpisu.....

.....

10. Posiadane kwalifikacje:

Nazwa i adres ukończonej uczelni.....

.....

Kierunek.....

.....

Tytuł zawodowy.....

.....

Specjalizacja.....

.....

Udokumentowane doświadczenie w pracy z osobami pozbawionymi wolności.....

.....

11. Przystępując do konkursu na udzielanie świadczeń usług medycznych przez pielęgniarkę/

pielęgniarza/ ratownika medycznego oferuję/my realizację przedmiotu konkursu na następujących warunkach cenowych:

Cena brutto za 1 godzinę
..... zł słownie

Cena oferty zawiera wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.

Jednocześnie zobowiązuję się do wykonywania pracy bez względu na ilość świadczeń zdrowotnych w sposób ciągły, kompleksowy z zachowaniem należytej wiedzy oraz staranności.

11. Oświadczam, że:

- a) jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego,
- b) nie byłem karany(a) za przestępstwo popełnione umyślnie,
- c) korzystam z pełni praw publicznych,
- d) posiadam uprawnienia do realizacji przedmiotu niniejszego konkursu
- e) posiadam wiedzę i doświadczenie w zakresie realizacji przedmiotu konkursu.
- f) przystępując do postępowania konkursowego na udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług pielęgniarskich/ ratownictwa medycznego dla osób pozbawionych wolności w Zakładzie Karnym we Wronkach, szczegółowo zapoznałem się z treścią ogłoszenia i SWKO, uwag nie wnoszę.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)

Do oferty należy dołączyć:

1. Dokument potwierdzający fakt zawarcia umowy ubezpieczenia obejmujący szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych;
1. Kopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje (prawo wykonywania zawodu, dyplom ukończenia studiów, dyplomy specjalizacyjne);
2. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
3. Oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia konkursowego (zał. nr 2);

Oferent zobowiązany jest do przedłożenia udzielającemu zamówienie oryginałów w/w dokumentów do wglądu przed podpisaniem umowy.