Załącznik nr 1

do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

…………………………………

(pieczęć firmowa oferenta)

**Formularz ofertowy**

**na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki na Bloku Operacyjnym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i siedziba Oferenta |  |
| Imię i nazwisko |  |
| Nr telefonu komórkowego |  |
| Nazwa Banku i nr konta |  |
| NIP |  |
| REGON |  |

1. Posiadane przez Oferenta kwalifikacje i staż pracy:

* wykształcenie wyższe,
* wykształcenie średnie,
* specjalizacja w dziedzinie w dziedzinie pielęgniarstwa…………………… lub jej rozpoczęcie,
* dodatkowe kursy specjalistyczne…………………………………………………………………..
* dodatkowe kursy kwalifikacyjne ……………………………………………………………………

\*właściwe zaznaczyć

1. Proponuję zawarcie umowy na okres 12 miesięcy.
2. Proponowana kwota za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa …………………………….……………………………… za godzinę realizacji świadczeń.
3. Proponowana ilość godzin realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa ..………………………………godzin miesięcznie.
4. Oświadczam, że:
5. zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz z treścią wzoru Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę zastrzeżeń,
6. posiadam uprawnienia niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz dysponuję odpowiednią wiedzą i doświadczeniem a także możliwościami do realizacji przedmiotu zamówienia,
7. w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia Umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert,
8. uważam się za związanego niniejszą ofertą przez 30 dni od daty upływu terminu składania ofert,
9. zobowiązuję się dostarczyć w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w uzasadnionych przypadkach w terminie do 14 dni od daty jej zawarcia, aktualną umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych,
10. zobowiązuję się dostarczyć w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w uzasadnionych przypadkach w terminie do 14 dni od daty jej zawarcia kopię aktualnego zaświadczenia dotyczącego szkoleń BHP w zakresie objętym przedmiotem zamówienia.
11. Do oferty załączam następujące dokumenty:
12. kopię dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe,
13. kopię dokumentu potwierdzającego posiadaną specjalizację
14. zaświadczenie potwierdzające rozpoczęcie specjalizacji
15. zaświadczenie o posiadanym stażu pracy
16. kopia zaświadczenia potwierdzającego posiadanie kursu kwalifikacyjnego
17. kopia zaświadczenia potwierdzającego posiadanie kursu specjalistycznego
18. inne dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje:

………………………………………..…………………………………………………..……

……………………………………..……………………………………………………..……

………………………..…………………………………………………………………..……

1. kopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
2. kopię numeru identyfikacyjnego REGON,
3. kopię numeru identyfikacji podatkowej – NIP,
4. kopię aktualnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do realizacji świadczeń w zakresie objętym przedmiotem zamówienia,
5. kopia polisy ubezpieczeniowej
6. aktualne szkolenie BHP.

\*w razie posiadania specjalizacji

1. Jednocześnie zobowiązuję się:
2. przedłożyć Udzielającemu Zamówienie do wglądu oryginały dokumentów wymienionych w pkt. 6 formularza ofertowego, w celu potwierdzenia ich zgodności z przedłożonymi kopiami,
3. niezwłocznie dostarczyć Udzielającemu Zamówienie kopię w/w dokumentów w przypadku ich zmiany.

…………….………………………….… …………….……………………………….

/miejscowość i data / / Pieczątka i podpis Oferenta /