

2021-07-02

FORMULARZ OFERTOWY

Załącznik nr 1

do regulaminu konkursu ofert

....., dnia 02. 07.2021 r.

Nr postępowania: SZPZOZ/ /2021

(miejscowość)

(wpisać z ogłoszenia)

FORMULARZ OFERTOWY

na świadczenia zdrowotne w zakresie gwarantowanych świadczeń pielęgniarstwa lub higienistki szkolnej:

1. Dane identyfikacyjne i adresowe oferenta:

1	Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub imię i nazwisko pielęgniarki.	
2	Adres siedziby lub adres zamieszkania.	
3	REGON i NIP lub PESEL.	
4	Osoby uprawnione do reprezentowania (telefon).	
5	Rodzaj podmiotu leczniczego lub praktyki lekarskiej.	

6	Osoba fizyczna (nie wypełnia się poz. 4 i 5, a poz. 1; 2 i 3 podaje się imię i nazwisko lekarza i adres zamieszkania oraz PESEL)	
---	--	--

2. Wykaz personelu medycznego (pielęgniarki lub higienistki szkolnej):

1	Imię /imiona	
2	Nazwisko	

3. Uprawnienia zawodowe (wymagane przygotowanie zawodowe, podane jest w pkt. 8):

Nazwa specjalizacji	Stopień specjalizacji	Data uzyskania

4. Kompetencje i doświadczenie zawodowe:

Nazwa	Wyszczególnienie	Data uzyskania

5. Dostępność - tygodniowy harmonogram pracy:

Dzień tygodnia	Od godziny:	Do godziny	Uwagi
Poniedziałek			
Wtorek			
Środa			
Czwartek			
Piątek			

6. Oferta ilościowo - cenowa:

Jednostka rozliczeniowa	Cena 1 godziny w zł lub za ucznia	Oferowana liczba godzin dziennie i tygodniowo	Cena (wartość) oferty w zł.
Oferowana cena za 1 godzinę lub za ucznia			,00 zł

7. Oświadczenia: *

1) niniejszym oświadczam, że jako oferent jestem:

?podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego

przez Wojewodę Dolnośląskiego pod numerem,

?praktykę zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez

....., pod numerem:,

? osobą fizyczną inną niż wymienione wyżej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń

zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej,

? osobą fizyczną inną niż wymienione wyżej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń

zdrowotnych,

2) oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do:

? Krajowego Rejestru Sądowego po numerem KRS:

? nie dotyczy,

3) oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do:

? Ewidencji Działalności Gospodarczej prowadzonej przez Prezydenta (Burmistrza) Miasta
..... , pod

numerem:

? Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,

? nie dotyczy.

.....

(pieczęć i podpis oferenta)

* właściwe zaznaczyć

8. Wymagane dokumenty:

Do oferty należy załączyć kserokopie następujących dokumentów (potwierdzone z oryginałem przez oferenta) :

1. Dyplom uczelni i prawo wykonywania zawodu.
2. Dyplom specjalizacji lub dokument stwierdzający uprawnienia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.
3. Wpis do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub indywidualnej praktyki pielęgniarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – jeżeli dotyczy.
4. Dowód ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej OC (odpowiedzialność za szkody

wyrażzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia.

5. Inne dokumenty: certyfikaty, jeśli oferent posiada