Załącznik nr 1 do

Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

*…………………………………………dnia………………………………………*

**Szpital Średzki Sp. z o.o.**

**ul. Żwirki i Wigury 10**

**63-000 Środa Wielkopolska**

**OFERTA**

**na udzielanie pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych na stanowisku pielęgniarki oddziałowej w Oddziale wewnętrznym Szpitala Średzkiego Sp. z o.o. z siedzibą w Środzie Wielkopolskiej**

Imię i nazwisko…………………………………………………………………..……………………………….

PESEL………………….……………… Nr telefonu ……………..………………………………….………….

Zawód……………………………………….………

Nr prawa wykonywania zawodu……….................................…….………….

Specjalizacja /kurs …………………………………………………………………….………………

Nazwa i adres praktyki zawodowej \*

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

………………………………………………………………………………………………………………………

NIP\* ……………………………………………… REGON\* …………………………………………….…..…

Adres do korespondencji……………………………………………………………………………………………………

**\*oferent wpisuje wówczas, jeżeli w momencie składania oferty prowadzi działalność gospodarczą**

**Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie całodobowych pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych na stanowisku pielęgniarki oddziałowej w Oddziale wewnętrznym Szpitala Średzkiego Sp. z o.o. z siedzibą w Środzie Wielkopolskiej.**

**OFERENT oświadcza, że :**

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz postanowieniami określonymi w projekcie umowy i je akceptuję;
2. świadczenia zdrowotne objęte konkursem udzielać będzie osobiście w Szpitalu Średzkim Sp. z o.o. w Środzie Wielkopolskiej, w miejscu wskazanym przez udzielającego zamówienie oraz przy użyciu sprzętu należącego do udzielającego zamówienie;
3. w okresie jednego roku poprzedzającego dzień rozstrzygnięcia niniejszego postępowania konkursowego, Szpital Średzki Sp. z o.o. w Środzie Wielkopolskiej nie rozwiązał z nim umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta;
4. deklarujeliczbę godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych **w miesiącu -** ………………….. godzin;
5. preferuje wykonywanie świadczeń będących przedmiotem konkursu w Oddziale - ……………………….
6. proponuje następującą kwotę należności za realizację zamówienia : wysokość stawki w kwocie

…………………………….zł brutto / *słownie:………………………………………………………………………………………..…/*

za **jedną godzinę** wykonywania świadczeń zdrowotnych;

1. udokumentował zakres posiadanych kwalifikacji;

**ZAŁĄCZNIKI :**

1. Poświadczona przez oferenta podpisem kopia dokumentów związanych z wpisem do rejestru, prowadzonym przez właściwą okręgową izbę pielęgniarek i położnych - **o ile taki wpis oferent posiada w dniu złożenia oferty,**
2. Poświadczony przez oferenta podpisem wydruk z CEID / poświadczona kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej – **o ile taki wydruk bądź wpis oferent posiada w dniu złożenia oferty,**
3. Poświadczone przez oferenta podpisem kopie dokumentów :

*- dyplomu*

*- prawa wykonywania zawodu pielęgniarki*

*- dyplomu specjalizacji oraz innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje,*

1. Kserokopia polisy OC**–** **o ile oferent posiada polisę w dniu złożenia oferty.**

……………..…………………………………………………………

*Podpis osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty*