

Ciechocinek dnia

22 Wojskowy Szpital

Uzdrowskowo – Rehabilitacyjny SPZOZ

87-720 Ciechocinek

ul. Wojska Polskiego 5

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Główną Pielęgniarkę Koordynującą na rzecz pacjentów Szpitala Tymczasowego w 22 Wojskowym Szpitalu Uzdrowskowo-Rehabilitacyjnym SPZOZ w Ciechocinku.

I. Dane oferenta:

1. Imię i nazwisko oferenta
2. Adres
3. Nr telefonu
4. Adres e-mail
5. Nr REGON
6. NIP
7. Nr prawa wykonywania zawodu

II. Kwalifikacje zawodowe oferenta:

.....

.....

.....

III. Oferta cenowa

Proponowane wynagrodzenie za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie koordynacji Oddziałem Obserwacyjno- Zakaźnym w zakresie usług pielęgniarских na rzecz pacjentów Szpitala Tymczasowego w Ciechocinku:

Za jedną godzinę koordynacji Oddziałemzł brutto / słownie:
.....zł/

IV. Proponowany czas trwania umowy:

od dnia **19.01.2022r.** do **31.03.2022r.**

W razie podjęcia przez Wojewodę Kujawsko-Pomorskiego decyzji o zawieszeniu działalności Szpitala Tymczasowego przed dniem 31.03.2022r., umowa ulega rozwiązaniu z datą z jaką następuje zawieszenie działalności Szpitala Tymczasowego.

V. Oferent oświadcza że:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych” i projektem umowy i nie zgłasza do nich zastrzeżeń;
2. w przypadku wybrania oferty zobowiązuje się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez udzielającego zamówienie oraz zobowiązuje się przedłożyć kopię ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
3. wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych.

.....

podpis oferenta

Załączniki:

- 1/ kserokopię wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej,
- 2/ kserokopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje.,
- 3/ kserokopię prawa wykonywania zawodu,,
- 4/ kserokopię umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,
- 5/ certyfikaty, dyplomy, zaświadczenia o ukończonych szkoleniach w zakresie pielęgniarstwa
- 6/ dokument potwierdzający doświadczenie w zakresie koordynacji Oddziałem Obserwacyjno-Zakaźnym.

Załączniki wymienione muszą być poświadczone „za zgodność z oryginałem”, za wyjątkiem dokumentów generowanych systemowo.