

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Warszawa Wola - Śródmieście
01-445 Warszawa
ul. Ciołka 11

FORMULARZ OFERTOWY
UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE USŁUG PIEŁĘGNIARSKICH
ŚWIADCZONYCH W RAMACH NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Przyjmujący zamówienie:

Imię i nazwisko _____

PESEL _____

Kwalifikacje zawodowe: _____

Adres zamieszkania _____

Telefon kontaktowy _____ adres e-mail _____

Odpowiadając na ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, niniejszym oferuję:

Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych	Cena jednostkowa [złoty brutto za dyżur]	Proponowana liczba dyżurów w ciągu miesiąca
Usługi pielęgniarskie świadczone w czasie dyżuru nocnego w godz. 19:00-07:00 w warunkach ambulatoryjnych	_____ zł	
Usługi pielęgniarskie świadczone w czasie dyżuru dziennego w sobotę i niedzielę w godz. 07:00-19:00 w warunkach ambulatoryjnych z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy	_____ zł	
Usługi pielęgniarskie świadczone w czasie dyżuru dziennego w godz. 07:00-19:00 w warunkach ambulatoryjnych w dni, o których mowa w art.1 ust.1 Ustawy z dnia 18 stycznia 1951 roku o dniach wolnych od pracy (Dz. U. nr 4, poz. 28 z późniejszymi zmianami)	_____ zł	

Niniejszym oświadczam, że:

- 1) Zapoznałam/em się warunki postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert i nie zgłaszam zastrzeżeń do przedstawionych warunków oraz uznaję się związany określonymi w nich postanowieniami;
- 2) Zapoznałam/em się i akceptuję wzór umowy i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do jej zawarcia;
- 3) Najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię aktualną umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
- 4) Działalność na rzecz SPZOZ Warszawa Wola-Śródmieście jest moją działalnością podstawową/dodatkową* (zaznaczyć właściwe)

Załącznikami do niniejszej oferty są: _____

ZAŁĄCZNIKI:

1. Poświadczona kopia dokumentów dotyczących wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeśli dotyczy);
2. Poświadczone kopie dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje (dyplom ukończenia szkoły wyższej lub odpowiednio szkoły średniej, prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, ew. kursy specjalizacyjne itp.);
3. Poświadczona kserokopia polisy OC;
4. Poświadczony wydruk z CEIDG (jeśli dotyczy).

Data _____

Podpis Przyjmującego zamówienie _____

Samodzielny Publicznych Zakład Opieki Zdrowotnej
Warszawa Wola - Śródmieście
01-445 Warszawa
ul. Ciołka 11

FORMULARZ OFERTOWY
UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ PIEŁĘGNIARSKICH W DOMU PACJENTA W RAMACH
NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Przyjmujący zamówienie:

Imię i nazwisko _____

PESEL _____

Kwalifikacje zawodowe: _____

Adres zamieszkania _____

Telefon kontaktowy _____ adres e-mail _____

Odpowiadając na ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, niniejszym oferuję:

Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych	Cena jednostkowa [złoty brutto]
Wykonanie jednego zabiegu	_____ zł
Wykonanie dwóch zabiegów u tego samego pacjenta	_____ zł
Wykonanie wlewu dożylnego (kroplówki)	_____ zł

W ciągu okresu rozliczeniowego proponuję liczbą dyżurów: _____

Niniejszym oświadczam, że:

- 1) Zapoznałam/em się warunki postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert i nie zgłaszam zastrzeżeń do przedstawionych warunków oraz uznaję się związany określonymi w nich postanowieniami;
- 2) Zapoznałam/em się i akceptuję wzór umowy i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do jej zawarcia;
- 3) Najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię aktualną umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
- 4) Działalność na rzecz SPZOZ Warszawa Wola-Śródmieście jest moją działalnością podstawową/ dodatkową* (zaznaczyć właściwe)

Załącznikami do niniejszej oferty są: _____

ZAŁĄCZNIKI:

1. Poświadczona kopia dokumentów dotyczących wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeśli dotyczy);
2. Poświadczone kopie dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje (dyplom ukończenia szkoły wyższej lub odpowiednio szkoły średniej, prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, ew. kursy specjalizacyjne itp.);
3. Poświadczona kserokopia polisy OC;
4. Poświadczony wydruk z CEIDG (jeśli dotyczy).

Data _____

Podpis Przyjmującego zamówienie _____

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Warszawa Wola - Śródmieście
01-445 Warszawa
ul. Ciołka 11**

**FORMULARZ OFERTOWY
UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ PIELĘGNIARSKICH - USŁUG PIELĘGNIARSKICH
ŚWIADCZONYCH W PORADNIACH UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

Przyjmujący zamówienie:

Imię i nazwisko _____

PESEL _____

Kwalifikacje zawodowe: _____

Adres zamieszkania _____

Telefon kontaktowy _____ adres e-mail _____

Odpowiadając na ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, niniejszym oferuję:

..... złotych za godzinę udzielania świadczeń;

I. Niniejszym oświadczam, że:

- 1) Zapoznałam/em się z warunkami zawierania umów w SPZOZ Warszawa Wola – Śródmieście - nie zgłaszam zastrzeżeń do przedstawionych warunków zawierania i realizacji umów oraz uznaję się związany określonymi w nich postanowieniami;
- 2) Zapoznałam/em się i akceptuję wzór umowy i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do jej zawarcia;
- 3) Najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię aktualną umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
- 4) Działalność na rzecz SPZOZ Warszawa Wola-Śródmieście jest moją działalnością podstawową/ dodatkową* (zaznaczyć właściwe)

Załącznikami do niniejszej oferty są: _____

ZAŁĄCZNIKI:

1. Poświadczona kopia dokumentów dotyczących wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeśli dotyczy);
2. Poświadczone kopie dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje (dyplom ukończenia szkoły wyższej lub odpowiednio szkoły średniej, prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, ew. kursy specjalizacyjne itp.);
3. Poświadczona kserokopia polisy OC;
4. Poświadczony wydruk z CEIDG (jeśli dotyczy).

Data _____

Podpis Przyjmującego zamówienie _____