Załącznik nr 1 Formularz ofertowy

WOJEWÓDZKI SZPITAL PSYCHIATRYCZNY W ANDRYCHOWIE

FORMULARZ OFERTY NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH przez Pielęgniarki/Pielęgniarzy

Oznaczenie oferenta:

.....

.....

Adres oferenta:

.....

.....
(nazwa i siedziba zakładu opieki zdrowotnej oraz numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, lub imię i nazwisko, adres oraz numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu)

Adres do korespondencji:

.....

.....Tel. .....

OFERTA NA STANOWISKO: ……..

UWAGA:
1. **Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.**
2. **Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.**
3. **Do oferty należy załączyć:**
   - **kserokopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/ KRS, wypis z CEIDG, REGON, NIP**
   - **kserokopię odpisu z właściwego rejestru,**
4. **Dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie wg wymogów SWKO, referencje oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na wybór oferenta – proszę załączyć do oferty i wymienić w spisie załączników do niniejszej oferty.**
5. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych oraz Oświadczenie zgodności danych przedkładanych przez oferenta pod rygorem odpowiedzialności karnej– **dotyczy podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcą, spółką cywilną, spółką jawną lub spółką partnerską jako grupowa praktyka lekarska.**

Załącznik nr 1 Formularz ofertowy

WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W CHARAKTERZE PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA: proponowana ilość oferowanych godzin w stosunku miesięcznym przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych w charakterze pielęgniarki/pielęgniarza wynosi …….. godzin miesięcznie. Uwaga: podana ilość godzin ma charakter wyłącznie orientacyjny. Świadczenia zdrowotne są udzielane każdorazowo według potrzeb Udzielającego zamówienia. Zaoferowana liczba godzin nie może stanowić dla Przyjmującego zamówienie podstaw do jakichkolwiek roszczeń wobec Udzielającego zamówienia.

Kryteria oceny oferty:

Cena, Jakość, Kompleksowość, Dostępność, Ciągłość. Łącznie do zdobycia: 100 pkt.

1. **Kryterium CENA:**

Proponowana stawka za godzinę udzielania świadczeń medycznych w charakterze pielęgniarki/pielęgniarza:

……..... zł / h brutto

2. **Kryteria: JAKOŚĆ, KOMPLEKSOWOŚĆ, DOSTĘPNOŚĆ, CIĄGŁOSC**

w zakresie kryteriów opisanych w SWKO (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż

a. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam …… letnie doświadczenie zawodowe.
b. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (niezbędne uprawnienia, wykształcenie, specjalizacje, dodatkowe uprawnienia instruktorskie, odbyte szkolenia zawodowe, ukończone kursy specjalistyczne):
   ……
   .....
c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X" na wykropkowanym polu):
   1. gotowość do pracy wyłącznie w dni powszednie (poniedziałek – piątek) - …….
   2. gotowość do pracy w dni powszednie oraz w weekendy – …….
   3. gotowość do pracy (bez ograniczeń) w dni powszednie, w weekendy, we wszystkie dni ustawowo wolne od pracy – …….
d. W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X" na wykropkowanym polu):
   1. do 3 dni w jednym tygodniu – …….
   2. do 5 dni w jednym tygodniu – …….
   3. 7 dni w każdym tygodniu (bez ograniczeń) – …….

Wybrane opcje w kryteriach „dostępność" i „ciągłość" nie mogą pozostawać ze sobą w sprzeczności.
Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria.

Załącznik nr 1 Formularz ofertowy

Oświadczam, że :

1) świadczenia wykonywane będą w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Andrychowie przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w dyspozycji udzielającego zamówienia,
2) w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy oraz przystąpienia do realizacji zamówienia,
3) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy.

…….. ……..……
Data Podpis i pieczątka Oferenta

oraz, że zapoznałem się z treścią:

1) ogłoszenia,
2) przepisów ustawy o działalności leczniczej,
3) szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO) i nie wnoszę do niech żadnych zastrzeżeń,
4) projektem umowy i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń.

UWAGA : *W przypadku wyboru oferty i zawarcia umowy na oferencie ciąży obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach określonych ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.*

Załącznikami do niniejszej oferty są :

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....