

Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o.

ul. Piotra Skargi 10, 05 – 600 Grójec

Tel. +48 48 664 91 00

Fax. +48 48 664 21 81

E – mail: sekretariat@pcmg.pl

www.pcmg.pl

Załącznik nr 2

Postępowanie nr: 3/K/2017

FORMULARZ OFERTY

W KONKURSIE OFERT

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

W RAMACH

INDYWIDUALNYCH PRAKTYK PIEŁĘGNIARSKICH W ZAKRESIE CAŁODOBOWEJ OPIEKI

w oddziale:

Zadanie 1. Anestezjologii i Intensywnej Terapii * właściwe zakreślić

Zadanie 2. Neurologii z Pododdziałem Udarowym * właściwe zakreślić

Zadanie 3. Rehabilitacji Neurologicznej * właściwe zakreślić

Zadanie 4. Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego *
właściwe zakreślić

Zadanie 5. Pediatricznym * właściwe zakreślić

Zadanie 6. Chirurgii Ogólnej * właściwe zakreślić

Zadanie 7. Bloku operacyjnym * właściwe zakreślić

w Powiatowym Centrum Medycznym w Grójcu Sp. z o.o.

I. Dane oferenta

1. Pełna nazwa i siedziba oferenta (adres) /imię i nazwisko oferenta

.....
.....

2. Adres do korespondencji (z kodem pocztowym)

.....

Nr telefonu kontaktowego/ adres/ e-mail

3.

4. Nr wpisu do właściwego rejestru indywidualnych/ specjalistycznych praktyk i organ dokonujący wpisu

.....

5. Nr REGON

.....

7. Nr NIP

.....

6. Nr KRS

.....

8. Nr Pesel

.....

Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o.

ul. Piotra Skargi 10, 05 – 600 Grójec

Tel. +48 48 664 91 00

E – mail: sekretariat@pcmg.pl

Fax. +48 48 664 21 81

www.pcmg.pl

II. Kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych:

.....
.....

III. Dodatkowe uprawnienia osób udzielających świadczeń zdrowotnych:

.....
.....

IV. Maksymalna liczba godzin w miesiącu, przez którą Oferent może udzielać świadczeń;

V. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia:

- stawka brutto w zł za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych
słownie: (..... zł za 1 godzinę).

VI. Staż pracy w zawodzie pielęgniarki/ pielęgniarza:lat

VII. Obecne miejsce zatrudnienia (podać formę zatrudnienia i nazwę zakładu, adres)

.....
.....

Załączniki: dokumenty potwierdzające*):

*) niepotrzebne skreślić

1. Kopie dokumentów dotyczących posiadanych kwalifikacji zawodowych:

- a) dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego
.....
- b) prawo wykonywania zawodu z oświadczeniem o braku ograniczeń
.....
- c) dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku (specjalności)
.....
- d) dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie będącej przedmiotem konkursu
.....
- e) zaświadczenie o rozpoczęciu specjalizacji
.....
- f) dokumenty potwierdzające posiadanie innych kwalifikacji medycznych
.....

inny dokument:

- 2. dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi,
- 3. dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe (wraz z udokumentowaną liczbą lat stażu pracy w zawodzie - zaświadczenie):



Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o.

ul. Piotra Skargi 10, 05 – 600 Grójec

Tel. +48 48 664 91 00

E – mail: sekretariat@pcmg.pl

Fax. +48 48 664 21 81

www.pcmg.pl

4. aktualna kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego prowadzonego przez ORPiP w zakresie zgodnym ze składaną ofertą,
5. kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) oraz numer NIP i REGON,
6. aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy,
7. kopia aktualnej polisy OC wystawiona stosownie do obowiązujących przepisów, dołączona do oferty lub dostarczona najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
8. zgoda na przetwarzanie danych osobowych w celach związanych ze złożeniem oferty na udzielanie świadczeń,
9. pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze *Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert*, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta,

Grójec, dnia r.

.....

podpis oferenta

