

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

ul. Ks. 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

Załącznik nr 2

Postępowanie nr: 12/K/2017

FORMULARZ OFERTY CZĘŚĆ I
W KONKURSIE OFERT
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE

dyżuru lekarskiego i pielęgniarskiego w Nocnej Opiece Lekarskiej;

Zadanie 1. – Lekarze

Zadanie 2 - Pielęgniarki

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

6. Nr KRS

7. Nr NIP

8. Nr Pesel

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

ul. Ks. 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. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia:

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

V. 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

.....

f) zaświadczenie o rozpoczęciu specjalizacji

.....

g) dokumenty potwierdzające posiadanie innych kwalifikacji medycznych

.....

2. inny dokument:

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

ul. Ks. 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

- a) dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe
- b) aktualna kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w zakresie zgodnym ze składaną ofertą,
- c) kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG),
- d) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy,
- e) kopia aktualnej polisy OC wystawiona stosownie do obowiązujących przepisów, dołączona do oferty lub dostarczona najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
- f) zgoda na przetwarzanie danych osobowych w celach związanych ze złożeniem oferty na udzielanie świadczeń,
- g) 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

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

Załącznik nr 2
Postępowanie nr: 12/K/2017

FORMULARZ OFERTY CZĘŚĆ II
W KONKURSIE OFERT
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE

dyżuru medycznego przez lekarzy w

Oddziałach Szpitalnych oraz w ramach podstawowych godzin ordynacji Izby Przyjęć w:

Zadanie 1- Oddziale Chirurgicznym wraz z Izbą Przyjęć

Zadanie 2 - Oddziale Pediatrycznym wraz z Izbą Przyjęć

Zadanie 3 - Oddziale Położniczo - Ginekologicznym z Izbą Przyjęć

Zadanie 4 - Oddziale Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Udarowym wraz z Izbą Przyjęć

Zadanie 5 - Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Zadanie 6 - Izbie Przyjęć

- właściwie zakreślić

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

VI. 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.

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

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

.....

5. Nr REGON

7. Nr NIP

6. Nr KRS

8. Nr Pesel

VII. Kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych:

.....
.....

VIII. Dodatkowe uprawnienia osób udzielających świadczeń zdrowotnych:

.....
.....

IX. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia:

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

X. 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

.....

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

ul. Ks. 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

f) zaświadczenie o rozpoczęciu specjalizacji

.....

g) dokumenty potwierdzające posiadanie innych kwalifikacji medycznych

.....

2. inny dokument:

a) dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe

b) aktualna kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w zakresie zgodnym ze składaną ofertą,

c) kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG),

d) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy,

e) kopia aktualnej polisy OC wystawiona stosownie do obowiązujących przepisów, dołączona do oferty lub dostarczona najpóźniej w dniu zawarcia umowy,

f) zgoda na przetwarzanie danych osobowych w celach związanych ze złożeniem oferty na udzielanie świadczeń,

g) 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

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

ul. Ks. 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

Załącznik nr 2

Postępowanie nr: 12/K/2017

FORMULARZ OFERTY CZĘŚĆ III

W KONKURSIE OFERT

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

W ZAKRESIE

**ratunkowych medycznych świadczeń zdrowotnych przez ratowników
medycznych/kierowców i lekarzy w:**

Oddział Ratownictwa Medycznego/ Oddziały szpitalne i Izba Przyjęć

Zadanie 1. Ratownik Medyczny/Kierowca

Zadanie 2. Lekarz Systemu

- właściwe zakreślić

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

XI. 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

6. Nr KRS

7. Nr NIP

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

XII. Kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych:

.....
.....

XIII. Dodatkowe uprawnienia osób udzielających świadczeń zdrowotnych:

.....
.....

XIV. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia:

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

XV. Staż pracy w zawodzie ratownika medycznego/lekarza systemu:lat

XVI. 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

.....

f) zaświadczenie o rozpoczęciu specjalizacji

.....

g) dokumenty potwierdzające posiadanie innych kwalifikacji medycznych

.....

2. inny dokument:

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

- a) dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi,
- b) dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe
- c) aktualna kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w zakresie zgodnym ze składaną ofertą,
- d) kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG),
- e) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy,
- f) kopia aktualnej polisy OC wystawiona stosownie do obowiązujących przepisów, dołączona do oferty lub dostarczona najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
- g) zgoda na przetwarzanie danych osobowych w celach związanych ze złożeniem oferty na udzielanie świadczeń,
- h) 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

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

FORMULARZ OFERTY CZĘŚĆ IV

W KONKURSIE OFERT

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

W RAMACH

INDYWIDUALNYCH PRAKTYK PIEŁĘGNIARSKICH W ZAKRESIE CAŁODOBOWEJ OPIEKI

w oddziale:

Zadanie 1. Chirurgii Ogólnej Neurologii z Pododdziałem Udarowym * właściwe zakreślić

Zadanie 2. Neurologii z Pododdziałem Udarowym * właściwe zakreślić

Zadanie 3. Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego *

właściwe zakreślić

Zadanie 4. Anestezjologii i Intensywnej Terapii * 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

.....

6. Nr KRS

.....

7. Nr NIP

.....

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 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),
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

2