**Znak sprawy: M/6/4/2013 Załącznik nr 1 do SWKO**

Szczecin, dnia …….2013 r.

***FORMULARZ OFERTY***

Ja niżej podpisany (a) …………………………………………………………………….… PESEL…………………….. …………..zamieszkały (a) w ………………………………...

przy ul. ……………………………………………………………………………….............. wpisany (a) do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Szczecińską Izbę Pielęgniarek i Położnych w Szczecinie

pod numerem ……………………………………………………………………………..…

NIP ……………………………REGON ………………………………………………….….

Tel……………………………….fax …………………………………………………….……

*W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert*

*na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Świadczeń Pielęgniarskich*

1. Składam niniejszą ofertę dotyczącą udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju **świadczenia pielęgniarskie:**

Zadanie I

**udzielanie całodobowej opieki pielęgniarskiej w oddziałach szpitalnych i izbie przyjęć** (z wyłączeniem oddziału anestezjologii i intensywnej terapii oraz bloków operacyjnych)**, przez wszystkie dni tygodnia, zgodnie z przyjętym harmonogramem czasu pracy**

Zadanie II

**udzielanie całodobowej opieki pielęgniarskiej w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii oraz blokach operacyjnych, przez wszystkie dni tygodnia, zgodnie z przyjętym harmonogramem czasu pracy\***

1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia i ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz zdobyłem(am) konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczam, że akceptuję postanowienia zawarte we wzorze umowy stanowiącym załącznik nr 2 do SWKO i w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do jej zawarcia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Komendanta Szpitala.
3. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w uzasadnionych przypadkach najpóźniej w terminie 30 dni od jej podpisania, kopii polisy ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej podmiotów przyjmujących zamówienia na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń, z rozszerzeniem na wirusowe zapalenie wątroby i wirusa HIV.\*
4. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, zaświadczenia o wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Szczecińską Izbę Pielęgniarek i Położnych.\*
5. Oświadczam, że nie toczą się wobec mnie żadne postępowania sądowe ani postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej związanej z wykonywaniem zawodu pielęgniarki/pielęgniarza.
6. Proponuję, w czasie trwania umowy, godzinową stawkę wynagrodzenia za realizację zamówienia w kwocie brutto:………………………………………………..zł/h

 słownie złotych:………………………. ………………………………………/h

Załącznikami do niniejszej oferty są następujące dokumenty (kopie)\*:

1. dowód osobisty;
2. świadectwo/dyplom potwierdzający ukończenie szkoły/uczelni dającej uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza;
3. prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza;
4. dyplomy uzyskania specjalizacji (specjalizacja z zakresu pielęgniarstwa w anestezjologii i intensywnej terapii dla **zadania II);**
5. zaświadczenie o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego z zakresu pielęgniarstwa w anestezjologii i intensywnej terapii dla **zadania II;**
6. zaświadczenie o wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Szczecińską Izbę Pielęgniarek i Położnych
7. zaświadczenie o numerze REGON;
8. zaświadczenie o numerze NIP;
9. aktualne świadectwo zdrowia wydane przez lekarza medycyny pracy;
10. kopia polisy OC lub oświadczenie o przedłożeniu polisy
11. opis przebiegu pracy zawodowej;
12. inne dokumenty, w szczególności potwierdzające kwalifikacje zawodowe kandydata.

………….…………………… ……………………………………

/data sporządzenia oferty/ /PIECZĘĆ I PODPIS OFERENTA/

\*niepotrzebne skreślić