Załącznik nr 1

Formularz ofertowy

1. Dane oferenta (nazwa, siedziba lub imię i nazwisko, adres,) ......................................................................................................................

......................................................................................................................

......................................................................................................................

NIP/PESEL (dla osób fizycznych)

................................................

.................................................................

Numer telefonu do kontaktu .................................................................................

2. Imię i Nazwisko osoby która będzie udzielała świadczeń w zakresie przedmiotu oferty ...................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………

3.Data sporządzenia oferty.......................

4. Propozycja należności za realizację świadczeń zdrowotnych:

dla zadania nr 1 w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego dla pielęgniarza / pielęgniarki

-...................... zł brutto za godzinę

dla zadanie nr 2.

Propozycja należności za realizację świadczeń zdrowotnych:

-...................... zł brutto za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki medycznej

5.

Oświadczam, iż zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, materiałami informacyjnymi, wzorem umowy oraz posiadam możliwość realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami NFZ i poddam się kontroli prowadzonej przez NFZ oraz Udzielającego Zamówienia.

6. Oświadczam, iż posiadam możliwość wykonania świadczeń na warunkach podanych w materiałach konkursowych oraz wzorze umowy.

7.

Dysponuję następującymi środkami łączności:

Telefon: .............................

Fax: ..................................

8.

Deklaruję realizację szerszego spectrum świadczeń niż opisany w materiałach konkursowych

tak i oferuję również wykonywanie ............................................................................................

/ nie \*)

9.

Deklaruję podjecie dodatkowych zleceń na udzielanie świadczeń poza harmonogramem i przystąpienie do ich realizacji w ciągu 24 godzin od zgłoszenia

tak / nie \*)

*tak / nie \*)\*) wybrać właściwe; brak zaznaczenia odpowiedzi oznacza wybór odpowiedzi „nie”*

11. Załączniki:

1.Aktualny wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, potwierdzający uprawnienie do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu(wydruk pierwszej strony)

2. Aktualny wypis z CEIDG lub KRS

3. Dane dotyczące kwalifikacji zawodowych osoby udzielającej świadczenia będące przedmiotem konkursu –potwierdzające minimalne wymagania w zakresie przedmiotu konkursu (określone w materiałach informacyjnych)

4.dokument wystawiony przez przełożonego/pracodawcę dla potwierdzenia doświadczenia zawodowego.

5.............................................

6...........................................

..................................................................... Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta