**Załącznik nr**

 ...............................................             *(miejscowość, data)*

                                                                                   …………………………………….

*(nazwa i adres Udzielającego zamówienia)*

                                                                                   …………………………………….

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

O F E R T A

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju:**

***pielęgniarstwo w całodobowych oddziałach szpitalnych, Izbie Przyjęć , Centrum Zdrowia Psychicznego oraz w leczeniu środowiskowym (domowym)***

1) Imię.............................................................................................................................................

2) Nazwisko....................................................................................................................................

3) PESEL........................................................................................................................................

4) Nr prawa wykonywania zawodu.................................................................................................

5) Specjalizacja...............................................................................................................................

6) Ukończone kursy ……. ………………………………………………………………………

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

7) Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz nr wpisu do właściwego rejestru ...........................................................................................................................................................

8) Numer wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/ KRS

…………………………………………….....................................................................................

9) Dane identyfikacyjne i teleadresowe

NIP...............................................................REGON.......................................................................

Adres zamieszkania/ siedziby......................................................................................................

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

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania/ siedziby)................

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

Telefon kontaktowy .....................................................................................................................

10) Staż pracy/okres udzielania świadczeń w podmiocie leczniczym ………………..……….. lat

11) Wykaz kwalifikacji personelu ……………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………..

12) Dodatkowe informacje:

a) posiadanie certyfikatu jakości ISO 9001: tak □ nie □

b) posiadanie akredytacji: tak □ nie □

c) kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa psychiatrycznego:

 ● ukończony: tak □ nie □

 ● w trakcie : tak □ nie □

13) Proponowana minimalna liczba godzin wykonywania świadczeń miesięcznie:................................

…………………………………………………………………………………………………………..

14)Proponowane wynagrodzenie w wysokości ...................złotych (brutto) za godzinę.

15) Proponowany okres umowy: od ....................... do .........................

**Oświadczenie Oferenta:**

* Oświadczam, że zapoznałem się z przedmiotem postępowania o udzielanie określonych świadczeń opieki zdrowotnej, kryteriami oceny ofert, warunkami wymaganymi od świadczeniodawców oraz projektem umowy.
* Oświadczam, że posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania zadania oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem, a także potencjałem ludzkim zdolnym do wykonania zamówienia.

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

*( data złożenia oświadczenia)*  *( imię i nazwisko oferenta)*

**Załączniki do oferty:**

1.   kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem dokumentów potwierdzających kwalifikacje i kompetencje zawodowe (m.in. dyplom ukończenia szkoły/uczelni medycznej, prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, posiadanych specjalizacji lub zaświadczenie o odbywanej specjalizacji, ukończenia kursu kwalifikacyjnego z pielęgniarstwa psychiatrycznego lub uczestniczenie w kursie kwalifikacyjnym ) \*\* lub przedłożenie wykazu osób uczestniczących przy realizacji zamówienia z podaniem ich kwalifikacji,\*

2. kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem aktualnej na dzień składania formularza polisy OC lub złożenie oświadczenia o dostarczeniu takiej polisy do dnia podpisania umowy

3. wypis z właściwego rejestru

4. kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem Statutu jednostki\*

5. aktualny wydruk z CEIDG **\*\***

Oferent może złożyć zobowiązanie pisemne, iż w przypadku jeżeli jego oferta zostanie wybrana dostarczy dokumenty związane z założeniem firmy – aktualny wydruk z CEIDG - do dnia podpisania umowy na przedmiotowe świadczenia zdrowotne

6. kopia nadania numeru REGON\*/**\* \* \***

7.  kopia nadania numeru NIP \* /**\* \* \***

8. Oświadczenie nr 1

9. Oświadczenie nr 2

10. Oświadczenie nr 3

11. Oświadczenie nr 4

12. Pełnomocnictwo do podpisania i złożenia oferty wraz z wszystkimi załącznikami \*/\*\*\*

**\* \* \***  Dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą

**\*\*** Dotyczy indywidualnych/ indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarskich

**\***  Dotyczy podmiotów leczniczych.