

Jelenia Góra, dnia.....

**O F E R T A**

**na zabezpieczenie realizacji świadczeń pielęgnarskich, położnych, ratowników medycznych, lekarskich, techników medycznych wszystkich specjalności, opiekunek medycznych w szpitalnych komórkach organizacyjnych Wojewódzkiego Centrum Szpitalnego Kotliny Jeleniogórskiej**

Nazwa Firmy.....

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

Adres do korespondencji

Telefon .....

Przedmiotem niniejszej oferty jest zabezpieczenie realizacji zadań *pielęgniarskich, położnych, ratowników medycznych, lekarskich, techników medycznych wszystkich specjalności , opiekunek medycznych w szpitalnych komórkach organizacyjnych.*

w siedzibie Udzielającego Zamówienia -

Oferent oświadcza, iż:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza w tym zakresie zastrzeżeń
2. Świadczeń zdrowotnych oraz objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie Wojewódzkiego Centrum Szpitalnego Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze w okresie od 17.01.2013 r r(lub późniejszym – ustalonym z Dyrektorem Szpitala) do 17.01.2014
3. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości ..... (Zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc na równowartość ..... na dzień podpisania umowy.)\*
4. Proponuje następujące warunki wynagrodzenia :  
a/cenę brutto ( łącznie z obciążeniem ubezpieczeń społecznych) za jedną godzinę zabezpieczenia realizacji zadań objętych konkursem :
  - pielęgnarskich, położnych , ratowników medycznych, techników medycznych .....zł  
w tym dla pracownika płaca brutto .....zł
  - lekarskich.....zł w tym dla pracownika płaca brutto .....zł
  - opiekun medyczny ..... zł w tym dla pracownika płaca brutto .....zł

b/ Cenę brutto za osobodzień świadczeń w ramach hospicjum domowe

- pielęgniarka .....zł w tym dla pracownika płaca brutto .....zł
- lekarz .....zł w tym dla pracownika płaca brutto .....zł

c/Cenę brutto za osobodzień świadczeń w ramach pracowni żywienia dojelitowego i pozajelitowego w warunkach domowych.

- pielęgniarka .....zł w tym dla pracownika płaca brutto .....zł
- lekarz .....zł w tym dla pracownika płaca brutto .....zł

d/ Cenę brutto za dyżur w gotowości:

- pielęgniarka .....zł w tym dla pracownika płaca brutto .....zł
- lekarz .....zł w tym dla pracownika płaca brutto .....zł

#### **ZAŁĄCZNIKI:**

1. **aktualna kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą\***/ – zał. nr1
2. kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej – zał. nr 2
3. kopia nadania numeru REGON – zał. nr 3
4. kopia nadania numeru NIP – zał. nr 4
5. kopia polisy OC lub oświadczenie o przedłożeniu polisy – zał. Nr 5
6. Oświadczenie, że osoby, które będą wykonywały świadczenia objęte przedmiotem konkursu będą posiadały uprawnienia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. - zał Nr 6
7. Oświadczenie , że osoby, które będą wykonywały świadczenia objęte przedmiotem konkursu będą posiadały aktualne badanie lekarskie dopuszczające do wykonania świadczenia – zał nr 7
8. Oświadczenie, że oferent po podpisaniu umowy dokona czynności rejestracyjnych w systemie informatycznym NFZ – zał nr 8

.....  
(podpis i pieczęć oferenta)

\*-niepotrzebne skreślić