SZPITAL POWIATOWY
W JAROCINIE

……, dnia ……
/ miejscowość, data /

O F E R T A

NA UDZIELANIE PIELĘGNIARSKICH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej udzielanej w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorca w „Szpitalu Powiatowym w Jarocinie" Sp. z o. o.

NAZWA PODMIOTU LECZNICZEGO:

……

ADRES: ……

ADRES DO KORESPONDENCJI: ……

NUMER TELEFONU: ……

NUMER FAKSU: ……

ADRES e-mail: ……

NUMER WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁANOŚĆ LECZNICZĄ , ORGAN REJESTROWY:

……

NUMER KRS / CENTRALNEJ EWIDENCJI I INFORMACJI O DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

……

NUMER REGON ……

NUMER NIP ……

NUMER PESEL ……

/potwierdzone wypisem z właściwego rejestru - **załączniki** do oferty/

UPOWAŻNIONYM DO WYSTĘPOWANIA W IMIENIU PODMIOTU LECZNICZEGO JEST:

.....

PRZEDMIOTEM NINIEJSZEJ OFERTY JEST UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH **przez pielęgniarki/pielęgniarzy w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej udzielanej w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy w „Szpitalu Powiatowym w Jarocinie" Sp. z o. o., na okres od dnia 1 stycznia 2018 r. do dnia 31 grudnia 2020 r.**

OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia, Regulaminem Pracy Komisji konkursowej, Regulaminem konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych i „Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert" oraz zaakceptował projekt umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Nie był karany, w tym za przewinienia zawodowe.
3. Wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych do celów rekrutacji.
4. Posiada uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie, na który zostaje złożona oferta.
5. Świadczenia wykonywać będzie w siedzibie Udzielającego zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia.
6. Zobowiązuje się do rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia – w pełnym zakresie - od dnia podpisania umowy.
7. Posiada aktualne ubezpieczenie OC. Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w odniesieniu do jednego zdarzenia i co do wszystkich zdarzeń winna być zgodna z obowiązującymi przepisami prawa i oferenci winni ją posiadać przez cały okres wykonywania usługi. Nieprawidłowa wysokość ubezpieczenia lub nie posiadanie go w jakimkolwiek momencie trwania umowy celem której rozpisano niniejsze postępowanie konkursowe, Udzielający zamówienia ma prawo rozwiązać umowę w trybie natychmiastowym bez okresu wypowiedzenia. Oferent do oferty może dołączyć oświadczenie o przedłożeniu polisy na dzień podpisania umowy.
8. Akceptuje warunki umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert, w tym rodzaj świadczeń objętych zamówieniem oraz ich zakres i za ich wykonywanie proponuje wynagrodzenie w wysokości:

Kwota ..... zł brutto za godzinę udzielania świadczeń

Lub kwota miesięczna za kompleksowe udzielanie świadczeń

..... zł

CERT
POLSKA AKADEMIA JAKOŚCI
PN-EN ISO 9001:2009
Certyfikat nr: 748/06/2017/J/R

„Szpital Powiatowy w Jarocinie" Sp. z o.o.
ul. Szpitalna 1, 63-200 Jarocin

tel.: +48 62 33 22 350
fax: +48 62 33 22 359

sekretariat@szpitaljarocin.pl
www.szpitaljarocin.pl

NIP: 6172189328
REGON: 301415604

Sąd Rejonowy Poznań - Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu
IX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
KRS: 0000354792

Kapitał zakładowy: 37.379.000

9. Spełnia wymogi zdrowotne, osoby zatrudnione lub współpracujące ujęte w ofercie również spełniają wymogi zdrowotne.
10. Zawarta umowa będzie wykonywana w okresie od dnia 1 stycznia 2018 r. do dnia 31 grudnia 2020 r.

Oferent zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego zamówienia, o których dowiedział się w związku z przystąpieniem do niniejszego konkursu.

.....
/ data, podpis oferenta – osoby upoważnionej/

ZAŁĄCZNIKI, które należy dołączyć do składanej oferty:

1. Wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – poświadczona przez oferenta kopia,
2. Wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej – poświadczona przez oferenta kopia,
3. Dokument potwierdzający nadanie numeru REGON oraz NIP – poświadczona przez oferenta kopia,
4. Poświadczona przez oferenta kopia aktualnego ubezpieczenia OC. Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w odniesieniu do jednego zdarzenia i co do wszystkich zdarzeń winna być zgodna z obowiązującymi przepisami prawa i oferenci winni ją posiadać przez cały okres wykonywania usługi. Nieprawidłowa wysokość ubezpieczenia lub nie posiadanie go w jakimkolwiek momencie trwania umowy celem której rozpisano niniejsze postępowanie konkursowe, Udzielający zamówienia ma prawo rozwiązać umowę w trybie natychmiastowym, bez okresu wypowiedzenia. Oferent do oferty może dołączyć oświadczenie o przedłożeniu polisy na dzień podpisania umowy.
5. Informacja dotycząca liczby i kwalifikacji osób uprawnionych do udzielania świadczeń zdrowotnych. Kopia dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu i posiadanej specjalizacji.
6. Aktualne orzeczenie lekarskie o zdolności do realizacji przedmiotu umowy,
7. Oświadczenie o niekaralności osób ujętych ofertą.

CERT
POLSKA AKADEMIA JAKOŚCI
PN-EN ISO 9001:2009
Certyfikat nr: 748/06/2017/J/R

„Szpital Powiatowy w Jarocinie" Sp. z o.o.
ul. Szpitalna 1, 63-200 Jarocin

tel.: +48 62 33 22 350
fax: +48 62 33 22 359

sekretariat@szpitaljarocin.pl
www.szpitaljarocin.pl

NIP: 6172189328
REGON: 301415604

Sąd Rejonowy Poznań - Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu
IX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
KRS: 0000354792

Kapitał zakładowy: 37.379.000