***FORMULARZ OFERTOWY***

***Zakres II - Pielęgniarstwo – Anestezjologia i Intensywna Terapia- Dział Operacyjno-Pooperacyjny ( Szpital Św. Rodziny)***

Imię i nazwisko: ……………….…………………………………………….….…….................................................................................................

Firma, pod jaka jest prowadzona działalność: ......................................................................................................................................................................................

Adres firmy: ......................................................................................................................................................................................

Kod pocztowy: ............................, miasto: ....................................................................................................................

Numer prawa wykonywania zawodu ze wskazaniem przynależności do izby pielęgniarskiej: .........................................

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą: ..................................................................

Regon: ................................................................................, NIP: .................................................................................

**DANE KONTAKTOWE:**

Adres e-mail: .............................................., fax: ..................................., telefon kontaktowy: ....................................

**Oferowane usługi:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Stawka oferowana\* | Szacowana ilość usług/miesiąc/osobę wykonującą brana pod uwagę przy wycenie oferty na potrzeby konkursu | Minimalna ilość oferowanych usług /miesiąc\* |
| 1 | Godzina świadczenia usług | …........................ | 100 | …........................ |
| 2 | Dodatkowe wynagrodzenie  w związku z realizacją zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej  z dnia 8 września 2015r.  (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1146) | **7,50 zł/godzinę** stawka nie jest przedmiotem oferty  i wynika z obowiązków Zamawiającego wynikających  z obowiązującego prawa | 160  max. ilość godzin, za którą  Zamawiający zapłaci dodatkową stawkę obok stawki  wynikającej z pkt. 1 |  |

**Uwaga: \*** **Bezwzględnie, pod rygorem nieważności oferty, należy wskazać minimalną ilość oferowanych usług powyżej zera oraz zaoferować stawkę dla każdej usługi w powyższej tabeli.**

**Oferowany termin płatności:**

………………………………… - wyrażony w dniach (zamawiający zastrzega, że zaoferowany termin płatności nie może być mniejszy niż 7 dni).

### **Dodatkowe elementy**

Posiadane wykształcenie: Tytuł magistra pielęgniarstwa Tytuł pielęgniarki/pielęgniarza specjalisty Inne dodatkowe kwalifikacje

Posiadam specjalizację z zakresu: …………………………………………………………………………………………….……………………………

Uwagi: ….................................................................................................................…………………………...…………………………………………………….

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią specyfikacji i ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w SZOZnMiD w Poznaniu.

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na wprowadzenie moich danych osobowych do bazy danych Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu i przetwarzanie ich dla potrzeb własnych podmiotu, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. z 2016 roku poz. 922) oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że dokumenty wymienione w rozdziale 4.1 ust. 4 pkt 2 **lit. a-e** oraz lit. **h-i** „Specyfikacji warunków konkursu …” znajdują się w posiadaniu udzielającego zamówienia w związku z zawartą przeze mnie z SZOZnMiD w Poznaniu umową na świadczenie usług medycznych, dlatego nie załączam ich do niniejszej oferty..

*Jeśli powyższe oświadczenie jest prawdziwe należy złożyć pod nim odrębny podpis*

…………………………………………………………….

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że nie widnieję w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym zgodnie z ustawą z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym

………………………………..………………………………

*Podpis Przyjmującego zamówienie*