

## FORMULARZ OFERTOWY

Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie specjalistycznej opieki pielęgniarskiej nad pacjentami Pracowni Hemodynamiki Zespołu Opieki Zdrowotnej w Końskich.

### I. Dane oferenta:

1. Imię i nazwisko: .....
2. Specjalizacja, (jeśli dotyczy).....
3. Tytuł zawodowy.....

### II. Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny:

Świadczenia zdrowotne zawarte w ofercie wykonywane będą na bazie sprzętu i pomieszczeń Pracowni Hemodynamiki.

### III. Określenie stawki udzielania świadczeń:

Należność z tytułu wykonywania w/w świadczeń:

- a) ..... zł brutto (słownie: .....)  
za każdą godzinę wykonywania świadczeń na zmianach planowych pracy pracowni,
- b) ..... zł brutto (słownie: .....)  
za każdą godzinę wykonywania świadczeń podczas dyżuru pełnionego w dni robocze po zmianach planowych pracy pracowni,
- c) ..... zł brutto (słownie: .....)  
za każdą godzinę wykonywania świadczeń podczas dyżuru pełnionego w soboty i niedziele od godziny 8.00 do godziny 8.00 następnego dnia,
- d) ..... zł brutto (słownie: .....)  
za każdą godzinę wykonywania świadczeń podczas dyżuru pełnionego w dzień świąteczny od godziny 8.00 do godziny 8.00 następnego dnia, przy czym za dzień świąteczny uznaje się święta państwowe ustawowo wolne od pracy.
- e) ..... zł brutto (słownie:.....)  
tytułem dodatku za pełnienie wykonywanie czynności związanych z koordynacją pracy personelu średniego zatrudnionego w pracowni oraz kierowaniem magazynem materiałów medycznych.

### IV. Załączniki do oferty:

1. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. Kopia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki.
3. Kopia dyplomu ukończenia szkoły pielęgniarskiej.
4. Dokument potwierdzający specjalizację - kopia (jeśli dotyczy)
5. Zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej.
6. Kopia polisy OC podmiotu leczniczego.
7. Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza Medycyny Pracy

8. Zaświadczenie o ukończeniu kursu ochrony radiologicznej.
  9. Zaświadczenie ukończenia okresowego szkolenia w zakresie BHP.
- V. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o wszczęciu postępowania konkursowego na świadczenie usług zdrowotnych w ZOZ w Końskich.

.....

data

.....

podpis oferenta