**OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w Domowej Opiece nad Pacjentami Wentylowanymi Mechanicznie**

**I. DANE OFERENTA:**

1. Imię i nazwisko / nazwa zakładu opieki zdrowotnej...................................................

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

2.Adres ............................................................................................................................

3.Numer wpisu do rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu

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

4. Regon........................................................................................................

5.NIP/PESEL ....................................................................................................................

6.Numer PWZ................................................................................................................

7.Numer Polisy ubezpieczeniowej OC.......................kwota ubezpieczenia...............

8.Data ważności Polisy Ubezpieczeniowej.......................................................................

Kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczenia zdrowotne.

1. Wykształcenie.............................................. zawód.....................................................

1. Staż pracy w zawodzie ...............................................................................................
2. Staż pracy podczas wykonywania usług medycznych w ośrodkach pielęgnacyjno-opiekuńczych, paliatywno-hospicyjnych ..................................................................

4.Posiadane specjalizacje.................................................................................................

5.Posiadane kursy i szkolenia .......................................................................................

6.Posiadany sprzęt medyczny / sprzęt do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej/, środki transportu, łączności,............................................................................................

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

7. Określenie dostępności do usług medycznych ( ilość godzin w tygodniu) …..........

8. Liczba osób udzielających świadczeń medycznych...................................................

**II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej. **( w przypadku prowadzenia działalności)**
2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.
3. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert.
4. Nie toczą się wobec niego żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem.
5. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty.
6. Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**III. WARUNKI:**

Za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuję następujące wynagrodzenie:

……………PLN za 1 wizytę u pacjenta w msc. Białystok

 ………….. PLN z 1 wizytę u pacjenta w msc. Skrybicze

 …………… PLN za 1 wizytę u pacjenta w msc. Filipów

 ………….. PLN za 1 wizytę u pacjenta w msc. Augustów

 …………… PLN za 1 wizytę u pacjenta w msc. Mazurki

 …………… PLN za 1 wizytę u pacjenta w msc. Dąbrowa Białostocka

 ………….. PLN za 1 wizytę u pacjenta w msc. Łomża

 …………… PLN za 1 wizytę u pacjenta w msc.Suwałki

Proponowany czas trwania umowy: **01.06.2025 do 31.05.2028**

**IV. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. kserokopia dyplomu;
2. kserokopia dyplomu specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy);
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy);
5. polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
6. kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane
7. Klauzula informacyjna.

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

 Data i czytelny podpis Oferenta