Poznań, dnia...............................

**Ginekologiczno–Położniczy**

**Szpital Kliniczny**

**Uniwersytetu Medycznego**

**im. K. Marcinkowskiego**

**w Poznaniu**

**O F E R TA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

**w zakresie wykonywania czynności Pielęgniarki/Pielęgniarza na Oddziale ……………………..**

Imię.........................................................................................................................................................................

Nazwisko.................................................................................................................................................................

PESEL.......................................................................................................................................................................

Zawód.....................................................................................................................................................................

Nr prawa wykonywania zawodu ............................................................................................................................

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji).......................................................................................................

Nr dokumentu specjalizacji.....................................................................................................................................

nr rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą OIL ...........................................................................

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

Adres praktyki pielęgniarskiej ................................................................,…............................................................

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki) …………..….................................................................................................................................................................

Telefon ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………

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 objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego UM w Poznaniu w okresie od ……………………..……….. do …………………….………..
3. Prowadzi działalność leczniczą w formie:
	1. Indywidualnej Specjalistycznej Praktyki Pielęgniarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w dziedzinie ......................................................., zarejestrowaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez OIPIP\*
	2. Indywidualnej Specjalistycznej Praktyki Pielęgniarskiej w dziedzinie ......................................................., zarejestrowaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez OIPIP\*.
4. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
5. 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)\*.
6. Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania czynności pielęgniarki/pielęgniarza, zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
7. Proponuje następujące warunki wynagrodzenia:
* kwota ………… zł za godzinę udzielania świadczeń, o których mowa w 1 ust. 1 projektu umowy w siedzibie Udzielającego Zamówienia,
* za okres nieświadczenia świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową w wymiarze określonym w  3 ust. 4 umowy, Przyjmującemu Zamówienie przysługuje wynagrodzenie w wysokości ……….. zł za godzinę.

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. aktualne orzeczenie lekarskie Przyjmującego Zamówienie, o zdolności do realizacji przedmiotu umowy,
2. dokumenty potwierdzające kwalifikacje i uprawnienia Przyjmującego Zamówienie do świadczenia usług będących przedmiotem umowy (zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, przebieg dotychczasowej pracy zawodowej, certyfikaty, dyplomy, zaświadczenia, dokumenty potwierdzające posiadane specjalizacje itp.),
3. kopia polisy OC Przyjmującego Zamówienie lub oświadczenie o przedłożeniu polisy.

*…………………………………………………………….*

 *(podpis i pieczęć oferenta)*

*\*-niepotrzebne skreślić*