

Warszawa, dnia.....

Instytut Psychiatrii i Neurologii
ul. Sobieskiego 9,
02-957 Warszawa

O F E R T A

na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie **usług pielęgniarstwa Intensywnego Nadzoru Neurologicznego, Neurologii, Rehabilitacji Neurologicznej, na rzecz pacjentów Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie**

1. Dane oferenta

Imię i nazwisko telefon.....
e-mail.....tel
adres:kod.....miejsowość.....
ulica.....nr.....
PESEL NIP
REGON..... / Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej
.....
Nr prawa wykonywania zawodu.....
Nr indywidualnej praktyki
Specjalizacja (*nazwa, stopień i data uzyskania*)

2. Zakres świadczeń

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w **Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie w zakresie** zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

3. Oferta cenowa

.....złoty brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych, dogodzin w miesiącu

W przypadku zadeklarowania i rzeczywistego wypracowania przez oferenta-przyjmującego zamówienie w danym miesiącu co najmniej 120 godz. udzielonych świadczeń zdrowotnych zaoferowane przez oferenta powyżej wynagrodzenie będzie podwyższone przez Instytut o 10%. Podwyższenie wynagrodzenia o 10% od tego wskazanego w formularzu ofertowym liczone będzie od każdej przepracowanej w tym miesiącu godziny.

+ dodatek wynikający z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 Dz. U. z 2015 poz. 1628

4. Deklarowana szacunkowa liczba godzin w stosunku miesięcznym przeznaczonych na wykonywanie świadczeń zdrowotnych wynosi **godzin/miesięcznie**. Minimalna liczba godzin w stosunku miesięcznym przeznaczonych na wykonywanie świadczeń zdrowotnych wynosi godzin/miesięcznie. Faktyczna liczba w/w godzin zależna jest od rzeczywistych potrzeb Udzielającego Zamówienia.

5. Termin świadczenia usług

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
od dnia do dnia.....
(12 miesięcy)

6. OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz postanowieniami określonymi we wzorze umowy i je akceptuje.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia w siedzibie Instytutu Psychiatrii i Neurologii
3. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
4. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości(Zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC w terminie określonym we wzorze umowy.)*
5. Oświadcza iż IPiN **nie rozwiązał** z nim umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.
6. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr do nr.....
7. Oświadcza, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym konkursem udzielał przez okres.....lat/miesiący i zobowiązuje się do okazania za żądanie Udzielającego zamówienia dokumentów potwierdzających treść oświadczenia.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Poświadczony wydruk z CEIDG/ poświadczona kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej- zał. nr 1 – jeśli dotyczy,
2. Kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i posiadanych

- kwalfikacji - zał. nr,, itd.),
3. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia - zał. nr3,
 4. Kserokopia polisy OC lub złożone oświadczenie o przedłożeniu polisy - zał. nr 4

* niepotrzebne skreślić

Warszawa dnia.....

.....
Podpis oferenta