

FORMULARZ OFERTOWY

w postępowaniu konkursowym na stanowisko pielęgniarki koordynującej Pabianickiego Centrum Gastroenterologii, Chirurgii Małoinwazyjnej i Endoskopowej PCM Sp. z o.o. oraz na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa na rzecz pacjentów Pabianickiego Centrum Gastroenterologii, Chirurgii Małoinwazyjnej i Endoskopowej PCM Sp. z o.o.

Pełna nazwa oferenta:

.....
.....

Adres oferenta: (województwo, kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

.....

PESEL

.....

Numer telefonu

.....

Adres e-mail

.....

Numer fax

.....

Numer NIP

.....

Numer REGON

.....

1. Niniejszym zgłaszam gotowość przystąpienia do konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert z dnia 04.10.2023 r.
2. Niniejszym oświadczam, że:
 - 1) Zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (SWKO) w przedmiocie konkursu i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz uzyskałam/łem wszystkie informacje i wyjaśnienia konieczne do przygotowania oferty,
 - 2) spełniam niezbędne warunki w zakresie kwalifikacji personelu,
 - 3) czuję się związana/y niniejszą ofertą na czas wskazany w SWKO,
 - 4) zapoznałam/łem się z warunkami umowy określonymi w załączniku nr 2 do SWKO i akceptuję je bez zastrzeżeń oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia,

- 5) zobowiązuję się do wypełniania swoich obowiązków, zgodnie ze sposobem organizacji oraz harmonogramem czasu pracy uzgodnionym z Udzielającym zamówienia,
- 6) zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych,
- 7) nie zostałam/łem skazana/y za przestępstwo umyślne ani nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie karne za przestępstwo umyślne.

8) posiadam - letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń w zakresie przedmiotowego konkursu,

9) posiadam kwalifikacje:

Nr prawa wykonywania zawodu:

Wykształcenie:

Specjalizacje:

.....

Inne:

3. Proponuję następującą cenę na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu ofert, obowiązujące w okresie obowiązywania umowy.

Zakres udzielanych świadczeń	Szacowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana cena jednostkowa za godzinę udzielanych świadczeń
Usługi pielęgniarskie w godzinach 7.00-14.35	155 h zł/h

Badania wykonywane poza godzinami świadczenia usług w godzinach 7.00-15.00:

- Kolonoskopia (kolonoskopia, kolonoskopia z wycinkami) oraz badanie podwójne gastroscopia + kolonoskopia **zł brutto/za badanie**
- Gastroscopia (gastroscopia, gastroscopia z testem na Helikobakter Pylori, gastroscopia z wycinkami) **zł brutto/za badanie**
- kolonoskopia z usuwaniem polipów **zł brutto/za badanie**

.....

Podpis Oferenta