*Załącznik nr 1 do SWKO*

# **OFERTA**

**NA ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKI ZDROWOTNEJ UDZIELANYCH PRZEZ RATOWNIKA MEDYCZNEGO, PIELĘGNIARKĘ SYSTEMU - TELECENTRUM**

Deklarowana liczba godzin w miesiącu ………………….

DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Ulica  |  |
| Nr domu/mieszkania |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| PESEL |  |
| Nr telefonu |  |
| Adres e-mail |  |

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE OŚWIADCZA, ŻE:**

* + - 1. Posiada wpis do **Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG).**

2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej proponuje następujące wynagrodzenie:

………….. PLN za 1 godzinę świadczeń usług zdrowotnych w dni robocze, soboty, niedziele i święta.

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. CV
2. kserokopia dyplomu potwierdzającego wymagane wykształcenie,
3. zaświadczenie o wpisie do centralnego rejestru pielęgniarek i położnych (jeśli dotyczy),
4. kserokopie dokumentów potwierdzających wykonywanie zawodu w celu potwierdzenia stażu pracy,
5. kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie
na świadczenia opieki zdrowotnej,
6. kserokopia aktualnego zaświadczenia o odbyciu szkolenia okresowego w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy (szkolenia okresowego Przyjmujących zamówienie na stanowiskach administracyjno-biurowych oraz pracowników, o których mowa w § 14 ust. 2 pkt 6 rozporządzeniaMinistra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy),
7. zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do świadczenia usług
na stanowisku, o które ubiega się Przyjmujący zamówienie,
8. aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG),
9. kserokopie innych dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje (aktualne certyfikaty potwierdzające ukończenie kursów – jeżeli dotyczy).

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

(podpis Przyjmującego zamówienie)