

**Centrum Rehabilitacji Rolników Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
„Kresowiak” w Horyńcu-Zdroju (Udzielający Zamówienia)
ul. Sanatoryjna 2, 37-620 Horyniec-Zdrój**

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/pielęgniarzy zgodnie z ogłoszeniem Centrum Rehabilitacji Rolników Kasy Ubezpieczenia Społecznego „Kresowiak” w Horyńcu-Zdroju

1. Odpowiadając na ogłoszenie konkursu ofert z dnia 19.03.2024 r. składam ofertę na :

udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie sprawowania opieki pielęgniarskiej, w tym rozpoznawania potrzeb zdrowotnych pacjentów, realizacji zleceń lekarskich w procesie leczenia i rehabilitacji, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz promocji zdrowia dla pacjentów Udzielającego Zamówienia w ramach:

- a) uzdrowiskowego leczenia sanatoryjnego dorosłych
- b) uzdrowiskowej rehabilitacji dorosłych w sanatorium uzdrowiskowym
- c) rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym *(kierowani przez NFZ)*,
- d) rehabilitacji leczniczej rolników *(kierowani przez KRUS)*,
- e) rehabilitacji leczniczej dzieci rolników *(kierowani przez KRUS)*,
- f) rehabilitacji osób uprawnionych do emerytury rolniczej *(kierowani przez KRUS)*,
- g) leczenia pacjentów indywidualnych *(komercyjnych)*.

2. Dane składającego ofertę:

Nazwa:

Imię:

Nazwisko:

Adres:

Tel. e-mail

Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę pod numerem.....

.....

Numer wpisu do CEIDG

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

3. Na spełnienie warunków udziału w konkursie przedstawiam n/w dokumenty:

- 1) Dyplom pielęgniarki/rza – zał. nr,
- 2) prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/rza – zał. nr,
- 3) zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych/indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarskich lub zezwolenie na wykonywanie indywidualnej/ indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarskiej– zał. nr..... ,
- 4) zaświadczenie o wpisie do w CEiDG – zał. nr,

- 5) aktualna polisa OC – zał. nr, / zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy zgodnie z przepisem art. 25 ustawy o działalności leczniczej.
- 6) zaświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania świadczeń oraz kserokopii badań sanitarno-epidemiologicznych zawierających aktualne wpisy - zał. nr, / zobowiązuję się do dostarczenia zaświadczenia o braku przeciwwskazań zdrowotnych oraz kserokopię badań sanitarno-epidemiologicznych Udzielającemu zamówienia przed przystąpieniem do realizacji umowy*

7) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego oraz zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Centrum Rehabilitacji Rolników Kasy Ubezpieczenia Społecznego „Kresowiak” w Horyńcu-Zdroju *- *niepotrzebne skreślić*

4. Oferowane warunki wynagrodzenia:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie całodobowej opieki pielęgniarskiej – cena oferowana zł/godz.;

Oferowana dostępność (max. do 260 godzin w miesiącu):godzin (ilość godzin)

Jednocześnie oświadczam, że :

1. świadczenia zdrowotne udzielał/a* będę w zakładach leczniczych Centrum Rehabilitacji Rolników Kasy Ubezpieczenia Społecznego „Kresowiak” w Horyńcu-Zdroju z wykorzystaniem aparatury medycznej, medycznego sprzętu jednorazowego użytku, produktów leczniczych oraz sprzętu i oprogramowania komputerowego należących do Udzielającego zamówienia;
2. nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego wzoru umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącej załącznik do SWKO w przypadku wyboru mojej oferty, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia;
3. wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym;
4. oferowane świadczenia będę wykonywał/a* zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością, a także zgodnie z wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia i procedurami wewnętrznymi Udzielającego zamówienia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, ppoż. i BHP;
5. zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych według harmonogramu czasu pracy ustalonego przez Udzielającego Zamówienia.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis składającego ofertę)

