

**Szpital Ogólny  
w Kolnie**

### FORMULARZ OFERTOWY

*Niniejszym zgłaszam swoje uczestnictwo w konkursie ofert na udzielanie pielęgniarских świadczeń  
zdrowotnych na Oddziale Intensywnej Terapii Medycznej  
Szpitala Ogólnego w Kolnie*

#### Uwaga!

Sposób wypełniania oferty przedstawiono na ostatniej stronie

Lp.	A	B	C
1	Imiona i nazwisko / Nazwa oferenta		
2	Adres korespondencyjny / nr kontaktowy		
3	Numer Prawa wykonywania zawodu		
4	Okres obowiązywania polisy		
5	Kwalifikacje zawodowe (specjalizacja, kursy)		
6	Proponowana stawka godzinowa	.....,..... zł brutto	
7	Proponowany czas trwania umowy (min.1 rok)	01.07.2023r.-30.06.2025	
8	Proponowana ilość dyżurów		

#### Uwaga!

1. Wypełnić czytelnie WIELKIMI literami.
2. W kolumnie A wskazano rodzaj wymaganej informacji, którą oferent podaje w kolumnie B. Kolumnę C wypełnia Komisja Konkursowa, przyznając punkty od 1 do 10.
3. W przypadku braku miejsca w niniejszym formularzu na podanie wszystkich danych, informacje należy zapisać na doatkowej karcie i dołączyć do oferty.
4. Wszystkie strony ofert, załączniki oraz zapisy o zmianach w treści udzielanych informacji muszą być parafowane.

## WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW

Wraz z ofertą konkursową oraz oświadczeniami o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i akceptacji postanowień umowy, która zostanie podpisana z osobą wskazaną przez Komisję Konkursową :

1. Jako osoba prowadząca indywidualną/grupową praktykę pielęgniarską składam:

- ☐ Kopię dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji zawodowych (w tym dyplom, prawo wykonywania zawodu, specjalizacje).
- ☐ Dokument potwierdzający doświadczenie zawodowe.
- ☐ Aktualne orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- ☐ Aktualne zaświadczenie lekarskie – badania wstępne (od lekarza medycyny pracy)
- ☐ Oświadczenia oferenta o zapoznaniu się z treścią konkursowego,
- ☐ Oświadczenie oferenta o akceptacji postanowień umowy, która zostanie podpisana z osobą wskazaną wskazaną przez Komisję Konkursową
- ☐ Inne (wymienić):

.....

.....

.....

.....

2. Jako osoba fizyczna nieprowadząca działalności składam:

- ☐ Kopię dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji zawodowych (w tym dyplom, prawo wykonywania zawodu, specjalizacje).
- ☐ Oświadczenie dotyczące ustalenia podlegania obowiązkowi ubezpieczeń społecznych / zdrowotnych.
- ☐ Dokument potwierdzający doświadczenie zawodowe.
- ☐ Aktualne orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- ☐ Aktualne zaświadczenie lekarskie – badania wstępne (od lekarza medycyny pracy).
- ☐ Oświadczenia oferenta o zapoznaniu się z treścią konkursowego,
- ☐ Oświadczenie oferenta o akceptacji postanowień umowy, która zostanie podpisana z osobą wskazaną wskazaną przez Komisję Konkursową.
- ☐ Inne (wymienić):

.....

.....

.....

.....

.....  
data i podpis Oferenta