

Załącznik nr 1
do Szczegółowych warunków konkursu ofert
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie
pielęgniarstwa psychiatrycznego
max.. 4000 godzin w Oddziałach Zamawiającego

Formularz ofertowy

do Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zakresie pielęgniarstwa psychiatrycznego maksymalnie 4000 godzin w Oddziałach
Zamawiającego

w „Dolnośląskim Centrum Zdrowia Psychicznego”

sp. z o.o.,

50-226 Wrocław, Wybrzeże J. Conrada – Korzeniowskiego 18,

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa psychiatrycznego
maksymalnie 4000 godzin w Oddziałach Zamawiającego w „Dolnośląskim Centrum

Zdrowia Psychicznego” sp. z o.o.,

50-226 Wrocław,

ul. Wybrzeże J. Conrada – Korzeniowskiego 18,

1. Dane Oferenta:

.....

(imię i nazwisko/nazwa Oferenta)

.....

(adres/adres siedziby Oferenta)

Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres Oferenta w/w)

.....

.....

2. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia w kwocie za godzinę wykonywania
świadczeń zdrowotnych:.....

3. Inne uwagi i dane/informacje istotne dla oceny oferty

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

Załącznik nr 3
do Szczegółowych warunków konkursu ofert
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie
pielęgniarstwa psychiatrycznego maksymalnie
4000 godzin w Oddziałach Zamawiającego

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a
(Imię i Nazwisko)

zamieszkały/a.....
(Adres Zamieszkania)

legitymujący/a się dowodem osobistym seria.....nr.....wydanym
przez.....

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań

oświadczam, że

1. posiadam pełną zdolność do czynności prawnych;
2. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych w celach przeprowadzenia konkursu na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie pielęgniarstwa psychiatrycznego oraz dla potrzeb Zamawiającego związanych z postępowaniami celem pozyskania środków finansowych – płatników świadczeń udzielanych przez zamawiającego – w tym Narodowy Fundusz Zdrowia.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis)

Załącznik nr 4
do Szczegółowych warunków konkursu ofert
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie
pielęgniarstwa psychiatrycznego
maks. 4000 godzin
w Oddziałach Zamawiającego

OŚWIADCZENIA OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zainteresowałam/em się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonywania zamówień na świadczenie zdrowotne.
4. Oświadczam, że uważam się związana/y ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
7. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę w siedzibie Udzielającego zamówienia.

.....
Podpis Oferenta

Załącznik nr 6
do Szczegółowych warunków konkursu ofert
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie
pielęgniarstwa psychiatrycznego
maksymalnie 4000 godzin
w Oddziałach Zamawiającego

**Wniosek
o wyłączenie Członka Komisji ze składu Komisji konkursowej**

Wnoszę o wyłączenie z udziału w konkursie na świadczenia zdrowotne w zakresie

.....

nr postępowania

Panią* (Pana*)

imię i nazwisko

.....

stanowisko służbowe,

pełniącego* funkcję w Komisji konkursowej

(nazwa funkcji)

Powodem wyłączenia, zgodnie z dokumentacją konkursu, jest:

.....

.....

Jednocześnie stwierdzam, że ostatnią czynnością Komisji konkursowej, dokonaną z udziałem Pani* (Pana*), była czynność:

.....

.....

.....

(opis przedmiotowej czynności oraz wskazanie miejsca w protokole konkursu lub dokumentacji podstawowych czynności konkursu, w którym odnotowano fakt wyłączenia członka ze składu Komisji)

Przewodniczący Komisji

* Niepotrzebne skreślić.

.....