................................ /miejscowość, data/

**Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej**

**ul. Krasińskiego 54/56**

**01-755 Warszawa**

**O F E R TA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w**

**Klinice Chorób Wewnętrznych**

Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej

**przez pielęgniarkę/pielęgniarza posiadającego kurs specjalistyczny w zakresie objętym zamówieniem**

Imię ..........................................................................................................................

Nazwisko ...................................................................................................................

PESEL ........................................................................................................................

Nr prawa wykonywania zawodu .....................................................................................

Dyplom ukończenia szkoły pielęgniarskiej (nr, data ukończenia)………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Specjalizacja w zakresie ………………………………………………………….............................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nr dokumentu specjalizacji ...........................................................................................

Adres indywidualnej praktyki pielęgniarskiej .…………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Telefon ........................................ e-mail ....................................................................

Adres do korespondencji ( o ile nie pokrywa się z adresem praktyki) ………..………………………..….

…………………………………………………………………………………………………………………………..………………………....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań spirometrii w Klinice Chorób Wewnętrznych Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej
w Warszawie, ul Krasińskiego 54/56, na zasadach określonych w SWKO na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem.

***Oferent oświadcza, że:***

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i warunkami konkursu.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem udzielać będzie osobiście w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej
3. Posiada dyplom ukończenia szkoły pielęgniarskiej.
4. Posiada aktualne prawo wykonywania zawodu.
5. Posiada adekwatny, udokumentowany staż pracy.
6. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) w zakresie określonym w przepisach ustawy o działalności leczniczej.
7. Nie był karany za żadne przestępstwo umyślne i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie karne.
8. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:
* …………..…… zł netto/brutto\* za 1 badanie

*\* - niepotrzebne skreślić*

…………………………..………………

(czytelny podpis Oferenta)

***ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:***

* kserokopia dyplomu ukończenia studiów pielęgniarskich / innej szkoły o profilu pielęgniarskim,
* kserokopia prawa wykonywania zawodu,
* kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2018r. poz. 160 ze.zm.) dla oferentów rozpoczynających działalność lub w przypadku wygaśnięcia dotychczasowej polisy OC,
* dodatkowe dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe oraz kwalifikacje:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………..

A dodatkowo w zakresie prowadzenia działalności gospodarczej:

* kserokopia odpisu z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
* kserokopia zaświadczenia o wpisie do indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarskich,
* kserokopia decyzji właściwego naczelnika urzędu skarbowego o nadaniu podatnikowi numeru identyfikacyjnego NIP,
* kserokopia zaświadczenia właściwego wojewódzkiego urzędu statystycznego
o nadaniu numeru identyfikacyjnego REGON.