Załącznik nr 1

***Dot. Konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w szpitalu – Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu***

FORMULARZ OFERTOWY

( dla zakresu 1.2.a; pielęgniarki: anestezjologiczna i intensywnej terapii/ operacyjna)

**I. NAZWA I DOKŁADNY ADRES OFERENTA** *.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

**NIP**.............................................; **REGON**...............*............................................*

**TEL./**......../.........................................; **FAX** / ….. / ..............................................

**NR RACHUNKU**........................................................................................................................

# ADRES EMAIL...........................................................................................................................

**NR WPISU DO WŁAŚCIWEGO REJESTRU I OZNACZENIE ORGANU DOKONUJĄCEGO WPISU** …………………………………………..……………………………………………………...

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

**II. ZAKRES ŚWIADCZEŃ ORAZ OFERTA CENOWA**

1. Wykonywanie obowiązków zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Ustawy z dnia 01.07.2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, Rozporządzeniem MZ i OS z dnia 07.listopada.2007r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, leczniczych i diagnostycznych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego,.., Dz.U.07.210.1540 oraz zgodnie z Kodeksem Etyki Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej, Regulaminem Zakładowym, Zarządzeniami Dyrektora. Pielęgniarka pracuje wg harmonogramu pracy zaplanowanego przez pielęgniarkę oddziałową.
2. praca na Bloku operacyjnym/ Pracowni MR ; udział w jednym znieczuleniu ogólnym / sedacji ….…… PLN brutto / 1 zabieg / znieczulenie **\*** słownie: (…………………………………..…)
3. praca na POOP ; …………PLN brutto za 1 godz. pracy, słownie (……………………………………….…….. PLN )
4. dyżur medyczny (w miejscu): ……………..…….. PLN brutto słownie (………………………………………..……….) za 1 godzina pracy …………….….. PLN
5. dyżur medyczny (pod telefonem): ……………….. PLN brutto 1 godz. pracy ……………………………………………….…….. PLN
6. Przyjazd interwencyjny na wezwanie: dzień powszedni: …….…. PLN brutto (słownie: …………………………….…..); dzień świąteczny: ……..…… PLN brutto (słownie: ………………………………….).

***\* wynagrodzenie za dzień pracy obejmuje stawkę za jedno znieczulenie / zabieg x wszystkie wykonane w tym dniu znieczulenia / zabiegi.***

**III. CZAS TRWANIA UMOWY:** 12 miesięcy od daty podpisania umowy

1. **TERMIN PŁATNOŚCI** : 14 *dni od daty wystawienia* *faktury*

**V. OFERTA ZOSTAŁA ZŁOŻONA NA *…….…....* PONUMEROWANYCH STRONACH.**

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

*miejscowość, data pieczęć i podpis Oferenta*