***Załącznik nr 2***

 ***Zespół Opieki Zdrowotnej w Szczytnie***

 ***W odpowiedzi na ogłoszony Konkurs z dnia 15.06.2023r. składam swoją ofertę***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Nazwa świadczenia**  | **Propozycja ceny za godzinę** **świadczenia usług** **pielęgniarskich**  |
|  | **Świadczenie usług pielęgniarskich w Oddziale Intensywnej Terapii**  |
| **1.****2.**  | **Wymagania:** * posiadanie nieograniczonego i czynnego prawa wykonywania zawodu pielęgniarki
* dyplom potwierdzający uzyskane kwalifikacje zawodowe
* praca w systemie zmianowym 12 lub 24 godzinnym

Wymagania (opcjonalne)* specjalizacja w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki (minimum kurs kwalifikacyjny w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii)
* aktualny kurs krwiodawstwa i krwiolecznictwa
* staż pracy minimum 2 lata
 | TAK | Wpisać kwotę brutto |
| TAK/NIE |

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, iż zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie, SIWKonkursu oraz projektem umowy stanowiącym, do treści których nie wnoszę zastrzeżeń.

2. Oświadczam, iż posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje zawodowe wymagane do udzielania świadczeń zdrowotnych w proponowanym zakresie.

3. Oświadczam, iż jestem ubezpieczony/a od odpowiedzialności cywilnej związanej z prowadzoną działalnością oraz zobowiązuję się, najpóźniej w dniu podpisania umowy, dostarczyć kopię aktualnej polisy.

4. Oświadczam, iż jestem zdolny/a ze względu na stan zdrowia do wykonania zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Stosowne orzeczenie lekarskie zobowiązuję się dostarczyć najpóźniej w dniu podpisania umowy.

5. Oświadczam, że zapoznałem się z umieszczoną poniżej klauzula informacyjną i niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu oferty i jego załącznikach przez Udzielającego Zamówienia dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu związanego z naborem na stanowisko.

………………………………..………

(podpis oferenta)