***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)