

**Formularz ofertowy**

do Szczegółowych warunków konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Megrez sp. z o.o.

Tychy dnia, .....2019 r.

Megrez Sp. z o.o.  
Ul. Edukacji 102  
43-100 Tychy

**OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej i położniczej w oddziałach szpitalnych i w izbie przyjęć w Megrez sp. z o.o. ul. Edukacji 102, 43-100 Tychy**

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. Deklarowana liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu .....

3. Preferowane miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych (należy wskazać oddział, izba przyjęć, blok operacyjny): .....

4. Wskazanie 2 alternatywnych miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych (wskazać, jeśli Oferent wyraża zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w miejscu innym, niż wskazane w pkt. 3. Obowiązuje w przypadku nie wybrania oferty Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscu wskazanym w pkt. 3)

.....  
5.<sup>1</sup> Proponuję następujące warunki wynagrodzenia w kwocie za godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych :

a). Cena jednostkowa za godzinę pracy pielęgniarki/ położnej specjalistki;  
w wysokości złotych brutto..... za godzinę udzielania świadczeń.

b). Cena jednostkowa za godzinę pracy pielęgniarki epidemiologicznej;  
w wysokości złotych brutto..... za godzinę udzielania świadczeń.

c). Cena jednostkowa za godzinę pracy pielęgniarki anestezjologicznej;  
w wysokości złotych brutto..... za godzinę udzielania świadczeń.

d). Cena jednostkowa za godzinę pracy pielęgniarki endoskopowej ;  
w wysokości złotych brutto..... za godzinę udzielania świadczeń.

e). Cena jednostkowa za godzinę pracy pielęgniarki/ położnej operacyjnej;  
w wysokości złotych brutto..... za godzinę udzielania świadczeń.

f). Cena jednostkowa za godzinę pracy pielęgniarki/położnej w oddziałach szpitalnych i izbie przyjęć;  
w wysokości złotych brutto..... za godzinę udzielania świadczeń.

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

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentach aplikacyjnych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji w ramach przeprowadzanego konkursu ofert przez Megrez Sp. z o.o. z siedzibą w Tychach (zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2018 r. poz. 1000).” oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ( ogólne rozporządzenie o ochronie danych) i w oparciu o Regulamin Przeprowadzania Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Megrez sp. z o.o. w Tychach*

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

<sup>1</sup> W przypadku Zleceniobiorcy nie posiadającego tytułu do ubezpieczenia społecznego stawka godzinowa zostanie automatycznie obniżona o składki ZUS Zleceniodawcy.