

Zapytanie ofertowe nr 11/2019/03C6

dotyczące realizacji projektu pn. „Rozszerzenie działalności Ośrodka Wsparcie Medyczo – Rehabilitacyjnego 65+ w m. Bytom” (RPSL.09.02.03-24-03C6/18-00) w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego

1. Nazwa, adres i dane teleadresowe zatrudniającego:

Przychodnia Lekarska Szombierki Sp. z o. o.
41-907 Bytom, Orzegowska 52a
tel. 32 281 97 94, 791 111 066

2. Opis zamówienia

Usługa obejmuje przeprowadzenie działań kwalifikujących kandydatów do projektu unijnego pn. „Rozszerzenie działalności Ośrodka Wsparcia Medyczo – Rehabilitacyjnego 65+ w m. Bytom”
Formą zatrudnienia będzie umowa zlecenie.

Zlecenie będzie obejmowało przeprowadzenie działań kwalifikujących względem ok. 350 kandydatów aplikujących do udziału w projekcie, w ciągu 20 miesięcy jego trwania.

Okres realizacji zlecenia determinuje czas trwania projektu czyli od sierpnia 2019 do kwietnia 2021.
Usługi rekrutacyjne wykonywane będą w Przychodni Lekarskiej Szombierki, przy ulicy Orzegowskiej 52a w Bytomiu, lub w samym Ośrodku Wsparcia Medyczo – Rehabilitacyjnego zlokalizowanym w Bytomiu.

3. Zakres zadań:

przeprowadzenie wywiadu medycznego z kandydatem
analiza dokumentacji medycznej kandydata
wypełnienie karty kwalifikacyjnej (w dedykowanym zakresie)
przygotowanie indywidualnego programu działania
biegła znajomość warunków Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie pn. „Rozszerzenie działalności Ośrodka Wsparcia Medyczo – Rehabilitacyjnego 65+ w Mieście Bytom”

4. Wymagania obligatoryjne wobec osoby aplikującej:

posiada wykształcenie: średnie medyczne w zawodzie pielęgniarza/pielęgniarka, licencjat pielęgniarstwa lub tytuł magistra pielęgniarstwa oraz prawo wykonywania zawodu pielęgniarza/pielęgniarki na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej;
posiada pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzysta z pełni praw publicznych;
nie została skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo umyślne;
posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu pielęgniarza/pielęgniarki;
Mile widziane doświadczenie w pracy z osobami starszymi.

5. Sposób przeprowadzenia naboru:

Formularz ofertowy wraz z załącznikami 3-7 należy składać w formie elektronicznej lub papierowej.

W formie elektronicznej skany dokumentów należy wysłać pod adres e:mailowy: biuro@przychodniaszombierki.pl, w tytule wiadomości wskazane jest zawarcie zwrotu „Oferta wykonania usługi w ramach projektu p.n. Rozszerzenie działalności Ośrodka Wsparcia Medyczno – Rehabilitacyjnego 65+ w Bytomiu ”

W formie papierowej - osobiście, pocztą lub przez kuriera na adres podany w zapytaniu ofertowym (pkt.1). Dokumenty należy umieścić w kopercie opisanej: „Oferta wykonania usługi w ramach projektu pn. „Oferta wykonania usługi w ramach projektu p.n. Rozszerzenie działalności Ośrodka Wsparcia Medyczno – Rehabilitacyjnego 65+ w Bytomiu ”

- b. Z wybranymi kandydatami planowane są rozmowy kwalifikacyjne. W przypadku istotnych rozbieżności pomiędzy kwotą wynagrodzenia przewidzianą w budżecie, a kwotą podaną przez Kandydata, zatrudniający dopuszcza negocjacje w celu obniżenia kwoty podanej przez Kandydata/kę. Rozmowa ma charakter indywidualny, tj. bierze w niej udział jednorazowo tylko jeden Kandydat/ka
- c. Po zakończeniu rozmów kwalifikacyjnych wybrany zostanie Wykonawca któremu zaproponowane zostanie zatrudnienie.
- d. Zatrudniający zastrzega sobie możliwość odwołania przedmiotowego naboru w każdym czasie bez podania przyczyny oraz bez ponoszenia dodatkowych kosztów
- e. W toku oceny Kandydatów Zatrudniający może żądać od Kandydata wyjaśnień dotyczących treści złożonych dokumentów oraz potwierdzenia zawartych w ofercie informacji.
W przypadku nie przedstawienia przez Kandydata satysfakcjonujących Zatrudniającego dokumentów potwierdzających przedstawiane informacje, Zatrudniający ma prawo odstąpić od podpisania umowy (odrzucając jednocześnie kandydaturę) bez ponoszenia odpowiedzialności, w tym odszkodowawczej.
- f. Dodatkowych informacji odnośnie naboru udziela Pani Anna Plata (adres email: przychodniaszombierki@interia.pl, tel. 791 111 066).

FORMULARZ OFERTOWY

Firma: (opcjonalnie) Imię i nazwisko:	
Adres:	
Tel:	
e-mail:	

1.	Proponowana wysokość wynagrodzenia brutto w ramach umowy zlecenie za działania kwalifikujące 1 Kandydata na Uczestnika projektu zł

* kwota powinna uwzględniać wszystkie koszty realizacji zadania w tym podatki i daniny publiczne (ZUS)

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis Oferenta)