

Zapytanie ofertowe nr 3/2019/03C6

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

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia są usługi świadczone przez opiekuna medycznego.

Usługi świadczone będą w okresie sierpień 2019 r. - kwiecień 2021 r.

Usługi świadczone będą na terenie Bytomia w dedykowanym realizacji projektu Ośrodka Wsparcia Medyczno – Rehabilitacyjnego.

1. Opis zamówienia:

Zamówienie obejmuje usługi wykonywane przez opiekuna medycznego w ramach projektu unijnego „Rozszerzenie działalności Ośrodka Wsparcia Medyczno – Rehabilitacyjnego 65+ w m. Bytom”.
Zaangażowanie miesięczne będzie obejmowało wymiar jednego etatu.

2. Zakres zadań opiekuna medycznego:

- czynności związane z toaletą i utrzymaniem czystości (higiena intymna)
- pomaganie w spożywaniu posiłków
- pomiar ciśnienia tętniczego krwi
- pomiar tętna, temperatury, oddechów, masy ciała, wzrostu
- wymiana worka stomijnego
- wymiana worka na mocz
- wymiana worka zewnętrznego na stolec
- kontrola oddawania moczu i stolca
- wykonanie ćwiczeń biernych
- pomoc w korzystaniu ze sprzętu rehabilitacyjnego
- pomoc w przygotowaniu pacjenta do badań diagnostycznych wykonywanych przez pielęgniarkę
- asystowanie pielęgniarce podczas wykonywania zabiegów pielęgniarskich

pomoc pozostałemu personelowi w wykonywaniu obowiązków wobec podopiecznych

3. Wymagania obligatoryjne wobec osoby aplikującej:

dypłom ukończenia szkoły z uzyskaniem tytułu "Opiekun Medyczny" lub wykształcenie pielęgniarskie,

posiada doświadczenie w pracy na podobnym stanowisku

posiada pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzysta z pełni praw publicznych;

nie została skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo umyślne;

daje rękojmię należytego sprawowania opieki nad osobami starszymi;

ma widzialne doświadczenie w pracy z osobami starszymi



Załącznik nr 2

FORMULARZ OFERTOWY

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

Lp.	Usługi opiekuna medycznego	
1.	Proponowana wysokość miesięcznego wynagrodzenia brutto przy pełnym etaciezł
2	Oferowany wymiar czasu pracy

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis Oferenta)