## FORMULARZ OFERTOWY

**Dane o Oferencie:**

1. Pełna nazwa / Imię i Nazwisko

……

2. Adres Oferenta:

ul …….……..…….....

kod pocztowy .....;. miejscowość.....

nr telefonu..... fax ……..……..…….……..……

Regon……..…… NIP…….

……

Numer wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej ……..

……

**W załączeniu przedkładam:**

1) kserokopie dokumentów potwierdzonych za zgodność z oryginałem potwierdzających posiadane kwalifikacje - dyplom, zaświadczenia o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego i/lub specjalizacji ( jeśli dotyczy)
2) kserokopię prawa wykonywania zawodu,
3) aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zawierający określenie rodzaju działalności leczniczej
4) aktualny wypis z Rejestru Indywidualnych Praktyk Pielęgniarskich prowadzonego przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w .....:
5) wypis CEIDG lub odpis z Krajowego Rejestru Sądowego poświadczające, że oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem konkursu zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zgodnie z art. 26 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej),w przypadku podmiotów leczniczych - aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
6) numer REGON i NIP, ważne ubezpieczenia OC i NNW oraz ubezpieczenie dotyczące ekspozycji zawodowej,

W przypadku grupowej praktyki pielęgniarskiej należy dołączyć wykaz pielęgniarek, które będą udzielać oferowane świadczenia zdrowotne. Wykaz stanowi załącznik do Formularza ofertowego.

Dokumenty należy złożyć w postaci kserokopii, potwierdzonych przez Oferenta lub jego Pełnomocnika za zgodność z oryginałem.

Oświadczam, że dostarczę na wezwanie Udzielającego Zamówienie, po rozstrzygnięciu konkursu i ogłoszeniu wyników:

1) dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu BHP,
2) aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwskazań do realizacji przedmiotu umowy, (w oddziale onkologicznym),
3) aktualne orzeczenie lekarskie z badania przeprowadzonego do celów sanitarno-epidemiologicznych,
4) dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe.

Minimalna ilość osób realizujących świadczenia zdrowotne to osoba Przyjmującego Zamówienie.

Przyjmujący Zamówienie zabezpieczy w Oddziale Onkologicznym w czasie obowiązywania umowy, pielęgniarskie świadczenia zdrowotne:

1) w liczbie osób.....;
2) w liczbie godzin na miesiąc.....

Przyjmujący Zamówienie oferuje **kwotę brutto w wysokości : ……zł**

**słownie ……..zł**

za jedną godzinę pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych udzielanych dla potrzeb Oddziału Onkologicznego w dni powszednie, dni wolne od pracy oraz niedziele i święta przez cały okres obowiązywania umowy.

**Łączna wartość umowy……..zł brutto**

**słownie ……..zł**

Doświadczenie w pracy w Oddziale Onkologicznym .....lat.

Przyjmuje się termin płatności 30 dni, od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury (rachunku) przez Katowickie Centrum Onkologii wraz z wykazem określającym dni i godziny wykonywanych świadczeń, zatwierdzony przez Pielęgniarkę Koordynującą Oddziału Onkologicznego.

……..
DATA

.....
(pieczątka i podpis Oferenta)

**Załącznik do Formularza ofertowego***

……
pieczątka firmowa z pełną nazwą Oferenta

**Wykaz pielęgniarek, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych**

| L.p. | Imię i nazwisko pielęgniarki | PESEL | Nr prawa wykonywania zawodu | Posiadane kwalifikacje (specjalizacje,kursy,szkolenia) | Doświadczenie pracy w Oddziale Onkologicznym w latach |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Dokumenty dotyczące posiadanych kwalifikacji w/w osób należy dołączyć w postaci kserokopii, potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez oferenta lub jego Pełnomocnika.

……..
DATA

…….
(pieczątka i podpis Oferenta)

* (wypełnić jeśli dotyczy**)**