FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa / Imię i Nazwisko

……

2. Adres Oferenta:

ul …….……..…….....

kod pocztowy .....;. miejscowość.....

nr telefonu..... fax ……..…… e-mail:……

Regon……..…… NIP…….

……

Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej z dnia ……..

……

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/pielęgniarzy, którzy 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 Anestezjologii i Intensywnej Terapii),
3) aktualne orzeczenie lekarskie z badania przeprowadzonego do celów sanitarno-epidemiologicznych,
4) wynik z wymazu z jamy nosowo-gardłowej (w kierunku nosicielstwa Staphylococcus aureus),
5) dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe.

Minimalna ilość osób realizujących świadczenia zdrowotne to osoba Przyjmującego Zamówienie.

Przyjmujący Zamówienie zabezpieczy w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii 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 Anestezjologii i Intensywnej Terapii 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 Anestezjologii i Intensywnej Terapii .....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 Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

……..

DATA

.....

(pieczątka i podpis Oferenta)

Załącznik do Formularza ofertowego*

……
pieczątka firmowa z pełną nazwą Oferenta

Wykaz pielęgniarek/pielęgniarzy, którzy będą udzielać świadczeń zdrowotnych

L.p.	Imię i nazwisko pielęgniarki/ pielęgniarza	PESEL	Nr prawa wykonywania zawodu	Posiadane kwalifikacje (specjalizacje,kursy,szkolenia)	Doświadczenie pracy w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii - 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)