Załącznik nr 1

do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

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…….

……

PESEL……

Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej (1) 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 (1)
2) kserokopię prawa wykonywania zawodu,
3) aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zawierający określenie rodzaju działalności leczniczej (1)
4) aktualny wypis z Rejestru Indywidualnych Praktyk Pielęgniarskich prowadzonego przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych(1) 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, (1)
6) numer REGON i NIP, (1) ważne obowiązkowe ubezpieczenia OC i NNW oraz ubezpieczenie dotyczące ekspozycji zawodowej,

W przypadku grupowej praktyki pielęgniarskiej/położniczej należy dołączyć wykaz pielęgniarek/pielęgniarzy, którzy będą udzielać oferowane świadczenia zdrowotne wraz z kserokopią dokumentów wymienionych w pkt 1 i 2.

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,
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.
6) Unijny Certyfikat COVID z tytułu bycia zaszczepionym (ważny nie więcej niż 365 dni od podania ostatniej dawki szczepionki).
7) Aktualne zaświadczenie o ukończeniu kursu podstawowego lub uzupełniającego w zakresie przetaczania krwi i jej składników (dla świadczeń w OAiIT oraz Oddziale Onkologicznym z p. Ch. Wewnętrznych)

Minimalna ilość osób realizujących świadczenia zdrowotne to osoba Przyjmującego Zamówienie.

Przyjmujący Zamówienie zabezpieczy w Oddziałach / Poradni / Pracowniach Katowickiego Centrum Onkologii 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 …….. 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 Oddziałach / Poradni / Pracowni…….. .....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 / Poradni / Pracowni.

DATA ..... ……

(pieczątka i podpis Oferenta)

(1) Jeżeli dotyczy

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 w pracy

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)