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 ..... email: .....

Regon(1) .....

NIP(1) .....

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)(2)
4) aktualny wypis z Rejestru Indywidualnych Praktyk Pielęgniarskich/Położnych prowadzonego przez Okręgową Izbę Pielęgr
5) wypis CEIDG lub odpis z Krajowego Rejestru Sądowego poswiadczające, 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 położnych należy dołączyć wykaz położnych, 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) wynik z wymazu z jamy nosowo-gardłowej (w kierunku nosicielstwa Staphylococcus aureus)
- NA WEZWANIE ZAMAWIAJĄCEGO,
4) dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe i kwalifikacje objęte konkursem ofert.

Minimalna ilość osób realizujących świadczenia zdrowotne to osoba Przyjmującego Zamówienie. Przyjmujący Zamówienie zabezpieczy mobilny punkt pobrań do badań cytologicznych Katowickiego Centrum Onkologii (CYTOBUS) w czasie obowiązywania umowy, położnicze świadczenia zdrowotne:

1) w liczbie osó
2) w liczbie wyjazdów na mie

Przyjmujący Zamówienie oferuje **kwotę brutto w**
zł

Słowni
zł

za jeden wyjazd położniczych świadczeń zdrowotnych udzielanych dla potrzeb mobilnego punktu
w dni powszednie, dni wolne od pracy oraz soboty i niedziele przez cały okres obowiązywania umowy.

Łączna wartość un **zł brutto**

słownie
zł

Przyjmuje się termin płatności 30 dni, od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury (rachunku) przez Katowickie Centrum Onkologii wraz z wykazem określającym dni wyjazdów, zatwierdzony przez Koordynatora Programu.

DATA .....
.....

(pieczątka i podpis Oferenta)

(1) Jeżeli dotyczy
(2) Uzupełniony o wpis, że miejscem udzielania świadczeń jest KCO – dostarczenie do 30 dni od momentu podpisania umowy

Załącznik do Formularza ofertowego

.....
pieczątka firmowa z pełną nazwą Oferenta

Wykaz położnych, którzy będą udzielać świadczeń zdrowotnych

L.p.	Imię i nazwisko położnej / położnego	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)