

FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa / Imię i Nazwisko:.....
2. Adres oferenta / siedziba: ul kod pocztowy
 miejscowość..... nr telefonu....., mail:.....
- 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,
 - 2) kserokopię prawa wykonywania zawodu potwierdzoną za zgodność z oryginałem,
 - 3) aktualne orzeczenie / zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do realizacji przedmiotu umowy,
 - 4) aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (CEIDG) zawierający określenie rodzaju działalności leczniczej/medycznej ⁽¹⁾⁽²⁾ lub odpis z KRS 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⁾,
 - 5) aktualny wypis z Rejestru Indywidualnych Praktyk Pielęgniarskich prowadzonego przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych⁽¹⁾ w
 - 6) numer REGON i NIP, ⁽¹⁾ ważne obowiązkowe ubezpieczenia OC i NNW oraz ubezpieczenie dotyczące ekspozycji zawodowej.
- W przypadku grupowej praktyki pielęgniarskiej należy dołączyć wykaz pielęgniarek, które 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) **wpis w RWPDL o udzielaniu świadczeń w KCO** ⁽²⁾,
- 3) zaświadczenie w przypadku kontaktu z promieniowaniem jonizującym i w związku z ochroną radiologiczną,
- 4) zaświadczenie o niekaralności⁽¹⁾,
- 5) wynik z wymazu z jamy nosowo-gardłowej (w kierunku nosicielstwa Staphylococcus aureus).⁽¹⁾.

- NA WEZWANIE ZAMAWIAJĄCEGO,

- 6) dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe,
- 7) aktualne zaświadczenie o ukończeniu kursu podstawowego lub uzupełniającego w zakresie przetaczania krwi i jej składników. Minimalna ilość osób realizujących świadczenia zdrowotne to osoba Przyjmującego Zamówienie. Przyjmujący Zamówienie zabezpieczy w komórkach organizacyjnych 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 za 1 godzinę świadczeń**

słownie **zł brutto za jedną godzinę**

pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych udzielanych dla potrzeb (wpisz właściwą komórkę organizacyjną)

w dni powszednie, dni wolne od pracy oraz niedziele i święta przez cały okres obowiązywania umowy.

łączna wartość umowy **brutto słownie**

Doświadczenie w pracy w preferowanych miejscach lat.

Przyjmuje się termin płatności 30 dni, od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury (rachunku) przez Katowickie Centrum Onkologii.

DATA

.....
 (pieczętka i podpis Oferenta)

⁽¹⁾ Jeżeli dotyczy

⁽²⁾ Uzupełniony o wpis, że miejscem udzielania świadczeń jest KCO – dostarczenie do 14 dni od momentu podpisania umowy

.....
pieczętka firmowa z pełną nazwą Oferenta

Wykaz pielęgniarek, pielęgniarzy którzy będą udzielać świadczeń zdrowotnych

L.p.	Imię i nazwisko pielęgniarki/rza	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

.....
(pieczętka i podpis Oferenta)