**Załącznik nr 1**do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dane o Oferencie:**

1. Pełna nazwa / Imię i Nazwisko

………………………………………………………………………………………………

1. Adres Oferenta:

ul ………………………………………………………….……………………..……............... kod pocztowy ......................;. miejscowość................................................

nr telefonu...................................... fax …………..……. e-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 - 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, 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. 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 zgodnie z aktualnie obowiązującym komunikatem MZ).
7. Aktualne zaświadczenie o ukończeniu kursu podstawowego lub uzupełniającego w zakresie przetaczania krwi i jej składników (dla świadczeń udzielanych w Oddziałach)

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/Poradni/Pracowni ………………………………….. 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/Położną 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, położnych którzy będą udzielać świadczeń zdrowotnych**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko pielęgniarki/****pielęgniarza/położnej** | **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)