

## FORMULARZ OFERTOWY

**Dane o Oferencie:**

1. Pełna nazwa / Imię i Nazwisko

.....

2. Adres Oferenta:

ul .....

kod pocztowy .....; miejscowość.....

nr telefonu..... fax ..... email:.....

Regon<sup>(1)</sup> .....

NIP<sup>(1)</sup> .....

PESEL.....

Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej <sup>(1)</sup> 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 <sup>(1)</sup>
- 2) kserokopię prawa wykonywania zawodu,
- 3) aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zawierający określenie rodzaju działalności leczniczej <sup>(1)(2)</sup>
- 4) aktualny wypis z Rejestru Indywidualnych Praktyk Pielęgniarskich prowadzonego przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych<sup>(1)</sup> 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, <sup>(1)</sup>
- 6) numer REGON i NIP, <sup>(1)</sup> 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 przeciwwskazań 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) lub dokument poświadczający ostatnie szczepienie.
- 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.

**łącznie wartość umowy**  **zł brutto**

**słownie**

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 .....

.....

(pieczęćka 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, położnych, którzy będą udzielać świadczeń zdrowotnych**

L.p.	Imię i nazwisko pielęgniarki/pielęgniacza/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

.....  
(pieczętka i podpis Oferenta)