**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 …………..……. 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 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. zaświadczenie w przypadku kontaktu z promieniowaniem jonizującym i w związku z ochroną radiologiczną,
4. wynik z wymazu z jamy nosowo-gardłowej (w kierunku nosicielstwa Staphylococcus aureus)
 - NA WEZWANIE ZAMAWIAJĄCEGO,
5. dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe,
6. 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
2. Uzupełniony o wpis, że miejscem udzielania świadczeń jest KCO – dostarczenie do 14 dni od momentu podpisania umowy

**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)