

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 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 przeciwwskazań 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

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

.....

(pieczęć 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/ pielęgniara/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)