

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/Położnych 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 położnych należy dołączyć wykaz 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) wynik z wymazu z jamy nosowo-gardłowej (w kierunku nosicielstwa *Staphylococcus aureus*)
- NA WEZWANIE ZAMAWIAJĄCEGO,
- 4) dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe i kwalifikacje objęte konkursem ofert.

Minimalna ilość osób realizujących świadczenia zdrowotne to osoba Przyjmującego Zamówienie. Przyjmujący Zamówienie zabezpieczy mobilny punkt pobrań do badań cytologicznych Katowickiego Centrum Onkologii (CYTOBUS) w czasie obowiązywania umowy, położnicze świadczenia zdrowotne:

1) w liczbie osób

2) w liczbie wyjazdów na miesiąc

Przyjmujący Zamówienie oferuje kwotę brutto w wysokości : zł

Słownie zł

za jeden wyjazd położniczych świadczeń zdrowotnych udzielanych dla potrzeb mobilnego punktu pobrań badań cytologicznych w dni powszednie, dni wolne od pracy oraz soboty i niedziele przez cały okres obowiązywania umowy.

Łączna wartość umowy zł brutto

słownie

Przyjmuje się termin płatności 30 dni, od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury (rachunku) przez Katowickie Centrum Onkologii wraz z wykazem określającym dni wyjazdów, zatwierdzony przez Koordynatora Programu.

DATA

.....

(pieczęć i podpis Oferenta)

(1) Jeżeli dotyczy

(2) Uzupełniony o wpis, że miejscem udzielania świadczeń jest KCO – dostarczenie do 30 dni od momentu podpisania umowy

.....
pieczętka firmowa z pełną nazwą Oferenta

Wykaz położnych, którzy będą udzielać świadczeń zdrowotnych

L.p.	Imię i nazwisko położnej / położnego	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)