Załącznik nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

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, zaświadczenie o ukończeniu kursu pobierania wymazów cytologicznych i HPV, specjalizacje[(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 z wpisem o miejscu realizacji świadczeń czyli Katowickim Centrum Onkologii.
7) Oświadczenie lekarza medycyny pracy o braku p/wskazań do wykonywaniu zawodu położnej / położnego.

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, radcę prawnego lub adwokata - za zgodność z oryginałem.

Oświadczam, że dostarczę do Udzielającego Zamówienia, 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) wynik wymazu z jamy nosowo-gardłowej (na nosicielstwo Staphylococcus aureus) - NA WEZWANIE ZAMAWIAJĄCEGO.

Minimalna ilość osób realizujących świadczenia zdrowotne to osoba Przyjmującego Zamówienie. Przyjmujący Zamówienie zabezpieczy mobilną pracownię diagnostyczną (CYTOBUS) w pobrania materiału do badań cytologicznych i HPV dla Katowickiego Centrum Onkologii w czasie obowiązywania umowy w świadczenia zdrowotne:

1) w liczbie osób: …… 2) w liczbie PACJENTEK na ROK ……

Przyjmujący Zamówienie oferuje **kwotę brutto w wysokości : ……. zł za jedną pacjentkę,**

Słownie …….. zł za jedną pacjentkę dla potrzeb mobilnego punktu pobrań badań cytologicznych w dni powszednie, dni wolne od pracy, soboty, niedziele i święta przez cały okres obowiązywania umowy.

Łączna wartość umowy brutto:……zł

Słownie: ……zł

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 ..... ……

(pieczątka i podpis Oferenta)

[(1)] Jeżeli dotyczy

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

……
pieczątka 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

……
(pieczątka i podpis Oferenta)