*Pieczątka firmowa z pełną ………………………………………..*

*nazwą oferenta Miejscowość, data*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zawodzie pielęgniarki długoterminowej opieki** na rzecz uczestników projektu pn. „CUŚ DOBREGO!” dofinansowanego ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 – 2020

w zakresie:

- długoterminowa opieka pielęgniarska

**I. Dane Przyjmującego zamówienie/Oferenta:**

|  |
| --- |
|  |
| **Imię i nazwisko**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Prawo wykonywania zawodu** | **Nr prawa wykonywania zawodu** |
|  |  |
| **Kwalifikacje:** | **Zawód** |
| **Adres zamieszkania** |
| **Kraj** | **Miejscowość** |
| **Kod pocztowy** | **Poczta** |
| **Ulica** | **Nr domu** | **Nr lokalu** |
| **E-mail** | **telefon** | **fax** |
| **Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):** |
| **Kraj** | **Miejscowość** |
| **Kod pocztowy** | **Poczta** |
| **Ulica** | **Nr domu** | **Nr lokalu** |
| **Działalność gospodarcza** |
| **Firma** | **Siedziba** |
| **Numer identyfikacji podatkowej (NIP)** | **REGON** |

II. Kryteria oceny ofert (zaznaczyć właściwe znakiem X)

|  |
| --- |
| **Jakość** – doświadczenie w świadczeniu opieki nad chorym:  |
|  | od 2 do 5 lat  |
|  | od 5 do 8 lat  |
|  | powyżej 8 lat  |
| **Kompleksowość** - kwalifikacje zawodowe |
|  | pielęgniarka posiadająca średnie wykształcenie  |
|  | pielęgniarka posiadające wykształcenie wyższe |
|  | pielęgniarka posiadające wykształcenie wyższe tytuł magistra |
| **Ciągłość -**  zapewnienia się świadczenie usług zdrowotnych na okres trwania projektu tj. do 30.06.2023 r. |
|  | świadczenie usług zdrowotnych na okres do 30.06.2023 r. |
| **Dostępność** - zobowiązanie do realizacji przedmiotu zamówienia w określone dni w roku zgodnie z zaleceniami lekarskimi dla każdego uczestnika projektu indywidualnie |
|  | dni powszednie standardowo, soboty, niedziele i inne święta zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta |
|  | dni powszednie standardowo, soboty i niedziele zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta  |
| **Wynagrodzenie (cena) za udzielanie świadczeń przyjmującego zamówienie** |
|  | Za świadczenie zdrowotne w formie długoterminowej opieki pielęgniarskiej proponuję wynagrodzenie ……………………………. zł brutto[[1]](#footnote-1), słownie: …………………………………………………………………………………… za 1 godzinę  |

Miesięcznie deklaruję realizację ………………... godzin długoterminowej opieki pielęgniarskiej.

Dodatkowo oferowane świadczenia na rzecz Zamawiającego: …………………….

………………………………………………………………………………………………………..

**III. Oświadczenie:**

* 1. Oświadczam, że posiadam wiedzę niezbędną do przygotowania oferty oraz wykonania świadczeń będących przedmiotem zamówienia
	2. Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, wymagane Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, w tym Prawo Wykonywania Zawodu bez ograniczeń (jeśli dotyczy), które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty (kserokopie) oraz wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zaświadczenie/wyciąg/wydruk z systemu z aktualnej księgi rejestrowej) - (jeśli dotyczy).
	3. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
	4. W dniu podpisania umowy zobowiązuję się dostarczyć aktualną polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej i w całym okresie obowiązywania umowy utrzymam polisę ubezpieczeniową w zakresie określonym w art. 25 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej.
	5. Oświadcza, że przeciwko mnie nie toczy się postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.
	6. Oświadczam, że nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie właściwych przepisów prawa.
	7. Nie jestem ukarany/a karą zawieszenia w wykonywaniu zawodu.
	8. W okresie trwania umowy zapewniam niezmienność cen.
	9. Oferuję termin płatności 30 dni od chwili otrzymania faktury przez Udzielającego Zamówienia.
	10. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami przystąpienia do konkursu określonymi w ogłoszeniu i Regulaminie przeprowadzania konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
	11. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
	12. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od dnia podpisania umowy do **…………………………**
	13. Posiadam wszystkie konieczne informacje o zamówieniu, niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
	14. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
	15. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym
	16. Cena oferowanego świadczenia zawiera koszty dojazdu do pacjenta.
	17. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez Udzielającego Zamówienie harmonogramem.
	18. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SPZOZ w Rawie Mazowieckiej Szpital Św. Ducha dla potrzeb konkursu oraz czynności niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych określonych w umowie, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

………………………………….. ………………………………………………..

( miejscowość, data ) (podpis i pieczęć

 Przyjmującego zamówienie)

**IV. Do oferty załączam:**

 Aktualny wpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP/KRS

 Kserokopia zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

 Kserokopia dyplomu ukończenia szkoły

 Kserokopia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej

 Kserokopia innych dokumentów potwierdzających dodatkowe kwalifikacje i uprawnienia zawodowe (specjalizacje, kursy kwalifikacyjne specjalistyczne w tym/lub kursu zasad przetaczania krwi i jej składników wydane przez CKiK

 Kserokopia polisy OC

 Kserokopia aktualnego zaświadczenia lekarskiego o zdolności do podjęcia świadczeń na stanowisku objętym postępowaniem konkursowym, wystawionego przez lekarza medycyny pracy

Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe (wskazać jakie):

* 1. ………………………………………………………………………………………………
	2. ………………………………………………………………………………………………
	3. ………………………………………………………………………………………………
1. …………………………………………………..…………………...(*inne dokumenty – wskazać jakie*)

\*-niewłaściwe skreślić

......................................... ....................................................

(miejscowość i data) (pieczątka i podpis Oferenta)

**Załącznik nr 1**

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, postanowieniami zawartymi w SWKO oraz Regulaminem konkursu.

Oświadczam, że akceptuję i zobowiązuję się do przestrzegania i wykonywania zapisów zawartych w SWKO, załącznikach i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.

......................................... ....................................................

(miejscowość i data) (pieczątka i podpis Oferenta)

**Załącznik nr 2**

**Oświadczenie**

Oświadcza, że przeciwko mnie nie toczy się postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

Oświadczam, że nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów zawodu pielęgniarki i położnej.

Nie jestem ukarany/a karą zawieszenia w wykonywaniu zawodu.

**......................................... ....................................................**

**(miejscowość i data) (pieczątka i podpis Oferenta)**

**Załącznik nr 3**

 **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że nie mam powiązań kapitałowych lub osobowych z Udzielającym zamówienie i osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Udzielającego zamówienie lub osobami wykonującymi w imieniu Udzielającego zamówienie czynności związanych z przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy, polegających na:

1. Uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
2. Posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji, o ile niższy prób nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO,
3. Pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika
4. Pozostaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

**......................................... ....................................................**

(miejscowość i data) (pieczątka i podpis

Przyjmującego zamówienie)

 **Załącznik nr 4**

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Polityką Ochrony Danych Osobowych obowiązującą w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Rawie Mazowieckiej

**......................................... ....................................................**

(miejscowość i data) (pieczątka i podpis

Przyjmującego zamówienie)

**Instrukcja dla Oferenta :**

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczętowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczątką Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Wszystkie strony Formularza oferty muszą być parafowane przez Oferenta.

1. Wynagrodzenie brutto zawiera wszystkie koszty świadczenia zdrowotnego wraz z podatkami, składkami i innymi daninami na rzecz państwa. [↑](#footnote-ref-1)