*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 długoterminowej opieki lub pracy na oddziale szpitalnym w następującej wysokości:  |
|  | 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 krótszy niż 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  |
|  | dni powszednie |
| **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. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi 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

 W przypadku kontynuacji umowy oświadczenie o przekazaniu w poprzednim postepowaniu kopi dokumentacji

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)