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

*nazwą oferenta Miejscowość, data*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w centrum teleopieki 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 przez personel medyczny: ratownik medyczny/ pielęgniarka**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **Prawo wykonywania zawodu:** | Tak |  | Nie |  |
| **Nr prawa wykonywania zawodu:** |  |
| **Zawód:** | pielęgniarka |  | ratownik medyczny |  |
| **Wykształcenie:**  | średnie |  | wyższe  |  |
| **Kwalifikacje (specjalizacje, kursy):** |  |
| ***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:**  | TAK |  | NIE |  |
| **Nazwa firmy:** |  |
| **Adres siedziby:** |  |
| **NIP:** |  |
| **REGON:** |  |

II. Kryteria oceny ofert (zaznaczyć właściwe znakiem X)

|  |
| --- |
| **Jakość** – doświadczenie Przyjmującego zamówienie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania w świadczeniu usług zdrowotnych jako pielęgniarka, ratownik medyczny w następującej wysokości:  |
|  | od 2 do 5 lat  |
|  | od 5 do 8 lat  |
|  | powyżej 8 lat  |
| **Kompleksowość** - wykształcenie Przyjmującego Zamówienie , gwarantujące możliwość należytego udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania w następującej wysokości: |
|  | pielęgniarka, ratownik medyczny posiadający średnie wykształcenie  |
|  | pielęgniarka/ ratownik medyczny z wykształceniem wyższym w zawodzie –licencjat |
|  | pielęgniarka/ ratownik medyczny z wykształceniem wyższym tytuł magistra  |
| **Ciągłość -**  zapewnienie świadczenia 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** - zdobyte kwalifikacje i wiedza podczas odbytych kursów |
|  | Kurs ACLS |
|  |  Kurs ACLS EP |
|  | Kurs ITLS |
| **Wynagrodzenie (cena) za udzielanie świadczeń przyjmującego zamówienie** |
|  | Za świadczenie zdrowotne w centrum teleopieki proponuję wynagrodzenie ……………………………. zł brutto[[1]](#footnote-1), słownie: …………………………………………………………………………………… za 1 godzinę  |

Miesięcznie deklaruję realizację ………………... godzin pracy.

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

**III. Oświadczenie:**

* 1. Oświadczam, że posiadam wiedzę niezbędną do przygotowania oferty i wykonania świadczeń będących przedmiotem zamówienia oraz biegle obsługuję komputer.
	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 zapoznałam/ em się ze wzorem umowy i akceptuję go, a w przypadku wyboru mojej/naszej oferty zobowiązuję się 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 wszelkie koszty usługi wraz z podatkami, składkami i innymi daninami na rzecz państwa
	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:**

**\*właściwe zaznaczyć X**

….\* 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, ratownika medycznego

…. Kserokopia innych dokumentów potwierdzających dodatkowe kwalifikacje i uprawnienia zawodowe (specjalizacje, kursy kwalifikacyjne specjalistyczne)

…. 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 powinny być parafowane przez Oferenta.

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