

**FORMULARZ OFERTOWY**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

w zakresie opiekuna medycznego w ZOL przy ul. Mehoffera 72/74 i ZOL przy ul. Szubińskiej 4  
należących do Stołecznego Centrum Opiekuńczo- Leczniczego Sp. z o.o.

1. Nazwa Przyjmującego zamówienie

.....  
.....

2. Adres siedziby..... siedziby  
.....

3. Numer wpisu do właściwego rejestru\* .....

4. NIP .....

5. REGON .....

6. Dane tele-adresowe:

Telefon stacjonarny.....

FAX.....

Telefon komórkowy.....

e-mail .....

7. Nr rachunku bankowego: .....

Osoba uprawniana do podpisywania i złożenia oferty oraz podejmowania czynności związanych z prowadzonym postępowaniem konkursowym w imieniu Przyjmującego zamówienie:.....

Osoba uprawniana do podpisywania umów w imieniu Przyjmującego zamówienia: .....

(imię i nazwisko, pełniona funkcja)

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie *opiekuna medycznego, udzielanych dla potrzeb: Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego im. Sue Ryder przy ul. Mehoffera 72/74 i*

**Zakładu Opiekuńczo- Leczniczego przy ul. Szubińskiej 4**, wchodzących w skład Stołecznego Centrum Opiekuńczo-Leczniczego Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Mehoffera 72/74 w okresie wskazanym w ogłoszeniu o przeprowadzeniu konkursu, na warunkach określonych w projekcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

**OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursów ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Zapoznał się z przepisami prawa w przedmiotowym zakresie.  
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie opiekuna medycznego będą realizowane zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1658 oraz z 2019 r. poz. 2064 oraz z 2020r., poz. 460), zgodnie z załącznikiem Nr 4 Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych ramach opieki długoterminowej.
3. Osoby dedykowane do pracy przez Przyjmującego zamówienie są przygotowane w toku kształcenia do wykonywania zadań zawodowych zgodnie z obowiązującym prawem i posiadają DYPLOM OPIEKUNA MEDYCZNEGO.
4. Podda się kontroli NFZ w ramach świadczeń objętych przedmiotową umową.
5. Jako podwykonawca świadczeń dla SCOL Sp. z o.o. wykaże w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji /SZOI/ w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia zawartą z Udzielającym Zamówienia umowę podwykonawczą.
6. Uważa się za związanego ofertą przez 30 dni licząc od dnia składania ofert.
7. Oferowane świadczenia będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami NFZ, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p.poż., BHP.
8. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) spełniające wymogi wynikające z Rozporządzenia wydanego na podstawie art. 25 ust. 5 Ustawy o działalności leczniczej i zobowiązuje się do jego utrzymania przez cały okres trwania umowy.
9. Powierzonych świadczeń objętych umową udzielać będzie w okresie wskazanym w ogłoszeniu po przeprowadzeniu postępowania konkursowego.
10. Zobowiązuje się do realizacji świadczeń zgodnie z ustaloną liczbą godzin oraz zgodnie z ustalonym przez Udzielającego zamówienia harmonogramem pracy.
11. Wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

12. Zobowiązuje się podpisać umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych (Załącznik do zaproszenia nr 5).
13. Oświadcza, że nie zalega z opłacaniem składek do ZUS (ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Emerytur Pomostowych) oraz odprowadzaniem podatków do U.S,

#### **CENA OFERTOWA**

L. p.	Rodzaj świadczenia	Cena za 1 godzinę świadczeń (brutto)
1.	Świadczenia zdrowotne z zakresu opiekuna medycznego udzielane w ZOL przy ul. Mehoffera 72/74 i ZOL przy ul. Szubińskiej 4 w Warszawie.	

**I. Liczba godzin według zapotrzebowania obu Zakładów wynosi łącznie:**

Ilość godzin – 900 godzin miesięcznie. Maksymalnie w okresie obowiązywania umowy 10.800 godzin.

Czas realizacji: 12 miesięcy od 01.01.2022 r. – do 31.12.2022 r.

II. W cenie są zawarte wszystkie koszty, jakie ponosi Wykonawca przy realizacji przedmiotu zamówienia,

III. Ceny są stałe w okresie związania umową,

IV. Wszystkie podane wyżej ceny są cenami w złotych i uwzględniają wymagania Zamawiającego, odnoszą się do przedmiotu Zamówienia,

V. Podana ilość jest liczbą szacunkową w celu określenia wartości umowy, ilość usług w trakcie umowy może ulec zmianie. Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo niewykorzystania maksymalnej ilości godzin wskazanej miesięcznie. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że nie będzie dochodził roszczeń z tytułu zmniejszenia miesięcznej ilości godzin.

#### **ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

- 1). Wydruk z rejestru KRS lub CEIDG Przyjmującego zamówienie,
- 2). Lista opiekunów medycznych dedykowanych przez Przyjmującego zamówienie do wykonywania świadczeń.
- 3). Kopie dokumentów, poświadczone za zgodność z oryginałem, poświadczające kwalifikacje do wykonywania świadczeń zdrowotnych: DYPLOM OPIEKUNA MEDYCZNEGO osób dedykowanych do realizacji świadczeń,
- 4). Poświadczona za zgodność z oryginałem kopia polisy OC,
- 5). Pełnomocnictwo – wyłącznie w przypadku złożenia oferty i reprezentacji Przyjmującego zamówienie przez pełnomocnika.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów związanych z niniejszym postępowaniem konkursowym w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne dla jego należytego zrealizowania (m.in. zamieszczenia tych danych i ich upublicznienia w rozstrzygnięciu konkursu a także w protokole wyboru).*

.....dnia.....

.....

*(podpis i pieczęć Oferenta)*