

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie opiekunów medycznych udzielane w Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym przy ul Mehoffera 72/74 i Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym przy ul. Szubińskiej 4 należących do Stołecznego Centrum Opiekuńczo- Leczniczego Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Mehoffera 72/74

/dotyczy osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń/

Imię i nazwisko:

Adres

zamieszkania:

e-mail.:

Tel.:

Nr pesel :

Nr prawa wykonywania zawodu :

Nr konta bankowego do umowy:

lub

/dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą/

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 kontaktowy.....

Adres 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.2022.965 t.j. z dnia 2022.05.06), zgodnie z załącznikiem określającym 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 (Załącz. 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 – 560 godzin miesięcznie. Maksymalnie w okresie obowiązywania umowy 6720 godzin.

Czas realizacji: 12 miesięcy od 01.01.2024 r. – do 31.12.2024 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 – jeśli dotyczy,
- 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 w zakresie OPIEKUNA MEDYCZNEGO
- 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)