

**FORMULARZ OFERTOWY**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ZOL przy ul. Mehoffera 72/74 w Warszawie,  
należących do Stołecznego Centrum Opiekuńczo-Leczniczego Sp. z o.o.  
z siedzibą przy ul. Mehoffera 72/74 w Warszawie w zakresie:

**Świadczeń pielęgniarских wykonywanych przez:**

**/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 .....

.....

3. Numer wpisu do właściwego rejestru .....

4. NIP .....

5. REGON .....

6. Dane tele-adresowe:

Telefon stacjonarny.....

Telefon komórkowy.....

e-mail .....

7. Nr konta bankowego Przyjmującego zamówienie, na które należy dokonywać płatności:

.....

Osobą uprawnianą do podpisywania i złożenia oferty oraz podejmowania czynności związanych z prowadzonym postępowaniem konkursowym w imieniu Przyjmującego zamówienie jest:.....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń pielęgniarских w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym im. Sue Ryder przy ul. Mehoffera 72/74, wchodzącym w skład SCOL Sp. z o.o. w okresie wskazanym w ogłoszeniu o Konkursie, 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.
3. Posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje zawodowe niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy oraz, że podda się kontroli NFZ w ramach świadczeń objętych przedmiotową umową.
4. Uważa się za związanego ofertą przez 30 dni licząc od dnia otwarcia ofert.
5. Oferowane świadczenia będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami przez NFZ, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p. poż., BHP.
6. 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.
7. Przedłoży w Dziale Kadr SCOL Sp. z o.o. aktualne zaświadczenie o odbytym szkoleniu z zakresu BHP w związku z podpisaniem umowy, zaświadczenie od lekarza medycyny pracy.
8. Powierzonych świadczeń objętych umową udzielać będzie w okresie wskazanym w ogłoszeniu – od dnia **01.02.2024 r. do dnia 31.01.2025 r.**
9. Zobowiązuje się do realizacji świadczeń zgodnie z ustaloną liczbą godzin: **łącznie do 96 godzin** w okresie obowiązywania umowy oraz zgodnie z ustalonym przez Udzielającego zamówienia harmonogramem pracy.
10. Wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

.....dnia.....

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)

## CENA OFERTOWA

L.p.	Rodzaj świadczenia	Cena za 1 godzinę PLN (brutto)
1.	<b>Świadczenia pielęgniarские udzielane w ZOL przy ul. Mehoffera 72/74 w Warszawie należącym do SCOL Sp. o.o.</b>	

Świadczenia pielęgniarские będą udzielane zgodnie z umową, której wzór zawiera Zał. nr 3 do ogłoszenia o Konkursie.

Świadczenia zdrowotne udzielane w wymiarze:

Świadczenia w zakresie usług pielęgniarских w wymiarze: do **96 godzin** miesięcznie;

maksymalnie do **1152 godzin** w okresie 12 miesięcy obowiązywania umowy

zgodnie z ustalonym przez Udzielającego zamówienia harmonogramem pracy

- W cenie są zawarte wszystkie koszty, jakie ponosi Przyjmujący zamówienie przy realizacji przedmiotu zamówienia.
- Ceny są stałe w okresie związania umową.
- Wszystkie podane wyżej ceny są cenami w złotych, ostatecznymi i uwzględniają wymagania Udzielającego zamówienie, odnoszą się do przedmiotu zamówienia.
- Podana do wypracowania maksymalna ilość godzin jest ilością szacunkową w celu określenia maksymalnej wartości umowy i może ulec zmniejszeniu w trakcie realizacji umowy. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo niewykorzystania maksymalnej ilości godzin w Konkursie. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że nie będzie dochodził roszczeń z tytułu zmniejszenia ilości godzin.

## ZAŁĄCZNIKI:

1. Dyplom kwalifikacji zawodowych z dziedziny pielęgniarstwa: ukończenia studiów wyższych licencjackich /lub magisterskich /lub liceum medycznego; dokument potwierdzający ukończenie specjalizacji z dziedziny geriatry /lub zaświadczenie o kontynuacji odbywanej specjalizacji z dziedziny geriatry
2. Prawo wykonywania zawodu
3. Poświadczona kopia polisy OC
4. W przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą wydruk z CEIDG
5. Poświadczony wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (jeśli dotyczy)
6. Pełnomocnictwo – (jeśli dotyczy) - wyłącznie w przypadku reprezentacji *Przyjmującego zamówienie* przez pełnomocnika

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów związanych z niniejszym postępowaniem 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)