

Warszawa, dn. ....

**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.....  
.....

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 2013r 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 posiadają DYPLOM OPIEKUNA MEDYCZNEGO, są przygotowane w toku kształcenia do wykonywania zadań zawodowych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach z dnia 7 lutego 2012r. (Dz.U. z 2012r., poz. 184 z późn. zm., Dz.U z 2016r., poz. 1212, poz. 894, poz. 1123, poz. 130).
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 opiekuńczego 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 01.01.2021r. – do 31.12.2021r.

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). Poświadczona za zgodność z oryginałem kopia wpisu do właściwego rejestru Przyjmującego zamówienie /dotyczy podmiotów leczniczych/oraz KRS lub CEIDG.
- 2). Lista opiekunów medycznych dedykowanych przez Przyjmującego zamówienie do wykonywania świadczeń.
- 3). Kopie dokumentów, poświadczające za zgodność z oryginałem, poświadczające kwalifikacje do wykonywania świadczeń zdrowotnych: DYPLOM OPIEKUNA MEDYCZNEGO osób dedykowanych do realizacji świadczeń,

- 3). Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia nadania numeru REGON i NIP (nie jest wymagane w przypadku załączenia wydruku CEIDG lub KRS),
- 4). Poświadczona za zgodność z oryginałem kopia polisy OC,
- 5). Pełnomocnictwo – wyłącznie w przypadku złożenia oferty i reprezentacji Przyjmującego zamówienie przez pełnomocnika.

.....dnia.....

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)