**Tytuł projektu: „Profilaktyka raka jelita grubego – to w Tarnowskich Górach
nic strasznego”**

**PAKIET nr 1 – PIELĘGNIARKI ENDOSKOPOWE**

###### Załącznik nr 1.2

……………………………………..

 (pieczęć firmowa Oferenta

**FORMULARZ OFERTY**

**W KONKURSIE NA UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

Niniejsza oferta jest składana w odpowiedzi na Konkurs Ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych ogłoszony w dniu …………. r. przez Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy S.A w Tarnowskich Górach,
z siedzibą w Tarnowskich Górach przy ul. Pyskowickiej 47-51, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000349762,z kapitałem zakładowym w wysokości 18 441 000,00 zł, opłaconym w całości NIP: 645-25-01-353, REGON: 241512940,

1. **DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA:**

Firma / Imię i Nazwisko ….......................................................................................................................….......................................................................................................................................................................................................

Siedziba / adres zamieszkania:

Kod pocztowy : …………………………. miejscowość: ……………………………………..............

Ulica : ……………………………………………………………………….. nr ………...……………

Oznaczenie we właściwym rejestrze / nr wpisu do rejestru ............................................….................................................................................................................................….................................................................................................................................................

NIP ….......................................................................................................................................................

Regon …...................................................................................................................................................

tel. kontaktowy (fax) …............................................................................................................................

e-mail …....................................................................................................................................................

numer konta bankowego ………………………………………………………………………………...

**ADRES DO KORESPONDENCJI** ( w przypadku, gdy jest inny niż adres oferenta jw.):

Kod pocztowy : …………………………. miejscowość: ……………………………………..............

Ulica : ……………………………………………………………………….. nr ………………..…….

1. **OKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM UMOWY:**

Rodzaj i zakres świadczeń:
……………………………………………………………………………………………….

1. **OPIS KOMPETENCJI \*:**

1) Tytuł zawodowy …...........................................................................................................

2) Nr prawa wykonywania zawodu …..................................................................................

3) Dziedzina i stopień specjalizacji …..................................................................................

1. **KRYTERIA OCENY OFERT:**
2. OFEROWANA CENA za asystę przy 1 badaniu: …………………………………………………………………………………………………..
3. Doświadczenie w zakresie asysty przy wykonywaniu badań endoskopowych powyżej 3 lat – TAK / NIE

…………………………………………………………………………………………………..

1. **MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

 Świadczenia udzielane będą w siedzibie Udzielającego zamówienia.

1. **WARUNKI PŁATNOŚCI**

Podstawą wypłaty wynagrodzenia będzie rachunek/ faktura wystawiony/a przez Przyjmującego
zamówienie dostarczony/a do Sekretariatu najpóźniej do 5-go dnia każdego miesiąca za m-c poprzedzający. Wypłata należności nastąpi w terminie do 30 dni licząc od dnia doręczenia prawidłowo sporządzonego rachunku lub faktury na konto bankowe wskazane przez Przyjmującego Zamówienie.

1. **TERMIN REALIZACJI**

 **13 miesięcy od daty podpisania umowy.**

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że sam lub inne osoby za pomocą, których przyjmujący zamówienie będzie realizował przedmiot zamówienia posiadają aktualną pracowniczą książeczką zdrowia do celów sanitarno- epidemiologicznych oraz aktualne szczepienia ochronne w kierunku wirusowych zapaleń wątroby. Przyjmujący zamówienie będzie odpowiedzialny za stosowanie trakcie udzielania świadczeń zasad profilaktyki zakażeń WZW, HIV oraz przestrzeganie reżimów sanitarnych, zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o *zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz. U. z 2013 r. poz. 947).

\*\* zaznaczyć właściwe

............................................ ..……..............................................

(miejscowość, data) (pieczątka, podpis Oferenta)

**ZAŁ**Ą**CZNIKI DO OFERTY:**

1. Wypełniony formularz ofertowy – załącznik nr 1 do SWK.
2. Oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2 do SWK.
3. Dyplom ukończenia polskiej szkoły pielęgniarskiej bądź uzyskany w innym państwie dyplom uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędny, zgodnie z odrębnymi przepisami – *dot. pielęgniarek.*
4. Kopię polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej prowadzonej działalności leczniczej na warunkach określonych w art. 17 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016r. poz. 1638 z późn. zm.) – polisa ważna w okresie realizacji usługi. W przypadku, gdy okres ubezpieczenia nie obejmuje całego terminu realizacji usługi Oferent zobowiązuje się do kontynuacji ubezpieczenia w celu zapewnienia ciągłości w trakcie realizacji usługi.
5. Kopię aktualnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do świadczenia pracy na stanowisku na jakie składana jest oferta.
6. Wydruk z właściwego rejestru wygenerowany nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert, a w przypadku osób wykonujących zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki, grupowej praktyki lekarskiej, spółki cywilnej, oferent zobowiązany jest załączyć wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej wygenerowany nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu do składnia ofert - *jeżeli dotyczy.*
7. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez organ wskazany w art. 106 ust. 1 ustawy z dnia ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016r. poz. 1638 z późn. zm.) – *jeżeli dotyczy.*
8. W przypadku gdy ofertę składa spółka cywilna – kopię umowy spółki - *jeżeli dotyczy.*
9. Pełnomocnictwo w przypadku ustanowienia pełnomocnika do reprezentowania Oferenta. Treść pełnomocnictwa powinna dokładnie określać zakres umocowania. Pełnomocnictwo należy złożyć w oryginale lub w formie kopii potwierdzonej notarialnie -  *jeżeli dotyczy.*

 (\*) niepotrzebne skreślić