***Załącznik nr 2 - do ogłoszenia o Konkursie nr 21/2019***

**FORMULARZ OFERTOWY – ZOL przy ul. Mehoffera 72/74 w Warszawie**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

w Stołecznym Centrum Opiekuńczo-Leczniczym Sp. z o.o.

z siedzibą w Warszawie przy ul. Mehoffera 72/74 w zakresie:

**Świadczeń pielęgniarskich wykonywanych przez:**

1. Nazwa Przyjmującego zamówienie / imię i nazwisko …………………………………………………………………………

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

1. Adres siedziby / zamieszkania ……………………………………………………………………………………………………………

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

1. Numer wpisu do właściwego rejestru (jeśli dotyczy) …………………………………………………...…
2. NIP (jeśli dotyczy) …………………………………………………………….…………..…………
3. REGON (jeśli dotyczy) ………………………………………………………
4. PESEL ……………………………………………………
5. Dane tele-adresowe:

Telefon stacjonarny……………………………………

Telefon komórkowy………………………………...

e-mail ………………………………...…………………..

1. Nr konta bankowego Przyjmującego zamówienie, na które należy dokonywać płatności za wystawione faktury/rachunki:

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

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 ***świadczeń pielęgniarskich udzielanych dla potrzeb Pacjentów Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego im. Sue Ryder przy ul. Mehoffera 72/74*** ***w Warszawie*** w ramach „łóżek wytchnienia” wchodzącego 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.

Posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje zawodowe, niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, zgodnie z załącznikiem - Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U.2015.1658 t.j. z dnia 2015.10.21) oraz, że podda się kontroli NFZ w ramach świadczeń objętych przedmiotową umową.

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że 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.
2. Uważa się za związanego ofertą przez 30 dni licząc od dnia składania ofert.
3. Oferowane świadczenia będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami NFZ, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p. poż., BHP.
4. 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.
5. Powierzonych świadczeń objętych umową udzielać będzie w okresie wskazanym   
   w ogłoszeniu.
6. Zobowiązuje się do realizacji świadczeń zgodnie z ustaloną liczbą godzin miesięcznie oraz zgodnie z ustalonym przez Udzielającego zamówienia harmonogramem pracy.
7. Wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
8. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się podpisać umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych (Nie dotyczy indywidulanej praktyki pielęgniarskiej).

**CENA OFERTOWA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Rodzaj świadczenia | Cena za 1 godzinę  (brutto) |
| 1. | Świadczenia pielęgniarskie udzielane w ZOL przy ul. Mehoffera 72/74 - średnio 100-120 godzin miesięcznie świadczone przez okres ok. 18 m-cy od dnia podpisania umowy do dnia 31.12.2020 r. |  |

* W cenie są zawarte wszystkie koszty, jakie ponosi Wykonawca przy realizacji przedmiotu zmówienia,
* Ceny są stałe w okresie związania umową,
* Wszystkie podane wyżej ceny są cenami w złotych i uwzględniają wymagania Zamawiającego, odnoszą się do przedmiotu Zamówienia,
* 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:**

* 1. Poświadczona kserokopia dokumentów, potwierdzających kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki/-arza odcinkowych– DYPLOM oraz PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU.
  2. Poświadczona kopia wpisu do właściwego rejestru Przyjmującego zamówienie (CEIDG, KRS, inne).
  3. Poświadczona kserokopia nadania numeru REGON i NIP (nie jest wymagana w przypadku załączenia wydruku CEIDG lub KRS).
  4. Poświadczona kopia polisy OC.

*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*)