**Załącznik nr 1**

do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dane o Oferencie:**

1. Pełna nazwa \*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…Adres Oferenta:

ul ………………………………………………………….……………………..……..nr

kod pocztowy ………………….…….…… miejscowość ……………………………………..

tel………………………………………………… fax …………..………..…….…………….

Regon…………………………………………..……… NIP……………….……………………………………

Numer KRS/wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Gospodarczej. …..…………………

**W załączeniu przedkładam:**

1. wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
2. kopię statutu, odpis z KRS (jeśli dotyczy);
3. wpis do ewidencji działalności gospodarczej;
4. dokument potwierdzający numer/prawo wykonywania zawodu;
5. dyplom uzyskania tytułu pielęgniarki / położnej/ opiekuna medycznego;
6. dokumenty potwierdzające posiadanie innych kwalifikacji/specjalizacji osób, które będą wykonywały świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu ofert;
7. zaświadczenie lekarskie o zdolności do podjęcia świadczeń, wystawione przez lekarza medycyny pracy;
8. aktualne zaświadczenie o szkoleniu BHP (jeśli posiada).

Dokumenty należy złożyć w postaci kserokopii, potwierdzonych przez Oferenta za zgodność z oryginałem.

**Proponowana cena brutto**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj świadczenia | ilość miesięcy – obowiązywania umowy | Cena brutto w za jeden miesiąc |
| 1. | Wykonywanie zadania Przewodniczącego Zespołu Kontroli Zakażeń szpitalnych oraz Konsultanta ds. antybiotykoterapii | 28 |  |

1. Przyjmujący Zamówienie wyraża zgodę na ustalanie harmonogramu udzielania świadczeń zdrowotnych przez Udzielającego Zamówienie i zobowiązuje się wykonywać świadczenia zgodnie z tym harmonogramem.
2. Przyjmuje termin płatności 30 dni, od dnia otrzymania faktury (rachunku) przez SP ZOZ w Myszkowie.

…………………………………..

(pieczątka i podpis Oferenta)