Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej tel. 12 44-67-500 strona WWW: mco.krakow.pl; adres e-mail: mco@mco.krakow.pl
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

Załącznik nr 1 do Ogłoszenia

……

/pieczęć adresowa lub dane adresowe przyjmującego zamówienie/

Formularz ofertowy

Dane udzielającego zamówienia

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie, ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków. Nr telefonu: (12) 44-67-500. e-mail: mco@mco.krakow.pl; strona WWW: www.mco.krakow.pl

Dane przyjmującego zamówienie

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego albo imię i nazwisko oraz adres osoby wykonującej zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową albo osoby legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie:

.....

.....

KRS/PESEL: ……

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczn. .....

NIP ..... REGON .....

Pełnomocnik ..... Nr tel. / e-mail .....

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej tel. 12 44-67-500 strona WWW: mco.krakow.pl; adres e-mail: mco@mco.krakow.pl
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

W przypadku podmiotu leczniczego należy podać imię i nazwisko osoby wykonującej zamówienie (co najmniej jedna osoba w przypadku zaznaczenia opcji od 240 do 480 godzin w pkt. 3 oferty oraz co najmniej 2 osoby w przypadku zaznaczenia opcji od 480 do 960 godzin w pkt. 3 oferty):

……

Oferta

Odpowiadając na ogłoszenie w sprawie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych – świadczeń pielęgniarskich:

1) oferuję cenę:

…….. zł brutto za godzinę udzielania świadczeń słownie: .....

2) wskazuję do wykonywania świadczeń*:

☐ Pielęgniarkę/ pielęgniarza z wyższym wykształceniem na poziomie magisterskim i specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej oraz udokumentowanym co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych – 20 pkt

☐ Pielęgniarkę/ pielęgniarza z wyższym wykształceniem licencjackim (studia I stopnia) i specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej oraz udokumentowanym co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych – 15 pkt

☐ Pielęgniarkę/ pielęgniarza ze średnim wykształceniem i specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej oraz udokumentowanym co

najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych – 10 pkt

☐ Pielęgniarkę/pielęgniarza z wyższym wykształceniem na poziomie magisterskim lub licencjackim oraz udokumentowanym co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych – 5 pkt

☐ Pielęgniarkę/pielęgniarza ze średnim wykształceniem oraz udokumentowanym co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych – 0 pkt

*(zakreślić odpowiednie)

3) deklaruję dostępność świadczeń pielęgniarskich*:

☐ od 480 do 960 godzin w okresie kwartalnym – 10 pkt**

☐ od 240 do 480 godzin w okresie kwartalnym – 0 pkt

*(zakreślić odpowiednie)
** dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych

4) wskazuję ciągłość realizacji świadczeń pielęgniarskich u udzielającego zamówienia (w Miejskim Centrum Opieki) nieprzerwanie przez*:

☐ powyżej 6 miesięcy – 10 pkt

☐ do 6 miesięcy – 5 pkt

☐ 0 miesięcy – 0 pkt

*(zakreślić odpowiednie)

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej tel. 12 44-67-500 strona WWW: mco.krakow.pl; adres e-mail: mco@mco.krakow.pl
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

Ponadto:

1. Oferta została złożona na …….. stronach kolejno ponumerowanych.
2. Osobą uprawnioną do kontaktów z udzielającym zamówienia jest Pani/Pan……..…….., tel. ……, e-mail …….

…… /Miejscowość i data/

…… *Przyjmujący zamówienie/Osoba uprawniona do reprezentowania przyjmującego zamówienie*