**Zapytanie ofertowe**

W związku z realizacją przez Wrocławskie Centrum Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej zadania *Prowadzenie edukacji zdrowotnej kobiet w przygotowaniu do macierzyństwa i opiece nad dzieckiem* w Punktach Informacyjno-Edukacyjnych na terenie Wrocławia

**Zamawiający:**

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ, Sekcja do Spraw Programów Zdrowotnych i Promocji Zdrowia, 53-208 Wrocław, ul. Podróżnicza 26/28, tel.71/335- 29- 69/60 , fax. 71 / 335-29-69/68

**Opis przedmiotu zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest *prowadzenie indywidualnych i grupowych zajęć edukacyjnych i poradnictwa specjalistycznego dla rodziców, opiekunów dzieci*. Uczestnikami realizowanego zadania mogą być mieszkańcy Wrocławia.

**Szczegółowe warunki zamówienia:**

1. Miejsce i czas realizacji zlecenia:

* Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ – Punkt Informacyjno - Edukacyjny zlokalizowany w: Przychodni *Stabłowice*, ul. Stabłowicka 125, we wtorki lub czwartki w godzinach przedpołudniowych, wg potrzeb zamawiającego (2 godz. tyg.)

2. Termin realizacji zlecenia: od lutego do grudnia 2018r.

3. Zakres zadań:

a)prowadzenie indywidualnych i grupowych zajęć edukacyjnych ,poradnictwa specjalistycznego dla rodziców/opiekunów dzieci,

b) prowadzenie dokumentacji wg ustalonego wzoru,

c) informowanie uczestników programu o innych zadaniach realizowanych w ramach zadania Prowadzenie edukacji zdrowotnej kobiet w przygotowaniu do macierzyństwa i opiece nad dzieckiem w Punktach Informacyjno-Edukacyjnych na terenie Wrocławia,

d) ponoszenie odpowiedzialności za sprzęt i materiały stanowiące wyposażenie pomieszczenia w godzinach, w których odbywają się zajęcia,

e) obowiązkowy udział w szkoleniach, spotkaniach z koordynatorem programu.

**Warunki jakie musi spełniać Zleceniobiorca:**

1. posiadanie dyplomu pielęgniarki , licencjata pielęgniarstwa lub mgr pielęgniarstwa
2. posiadanie prawa wykonywania zawodu

oraz:

1. minimum 3-letnie doświadczenie w pracy na w/w stanowisku
2. doświadczenie w zakresie prowadzenia edukacji zdrowotnej
3. posiadanie ważnej polisy OC
4. posiadanie orzeczenia lekarza medycyny pracy o możliwości wykonywania świadczeń deklarowanych do realizacji zadań objętych zapytaniem ofertowym

Preferowane będą osoby posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub pediatrycznego

Oferty proszę zgłaszać osobiście lub listownie w formie pisemnej na druku formularza ofertowego.

**Miejsce i czas złożenia oferty**:

Oferty proszę zgłaszać osobiście lub listownie w formie pisemnej na druku formularza ofertowego Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ, ul. Podróżnicza 26/28, 53-2018 Wrocław .

Oferty przyjmowane są do 7 lutego 2018r. do godz. 12.00

**Załączniki:**

1. Formularz ofertowy

2. Oświadczenie o odbytym szkoleniu BHP.

Koordynator Programu

Leokadia Jędrzejewska 691852069

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ tel.71/363-12-23

Ul. Podróżnicza 26/28 tel./fax 71/335-29-68

53-208 Wrocław

**Formularz ofertowy**

**1. Realizacja zlecenia:** *prowadzenie indywidualnych i grupowych zajęć edukacyjnych i poradnictwa specjalistycznego dla rodziców, opiekunów dzieci*. Uczestnikami realizowanego zadania mogą być mieszkańcy Wrocławia.

**Zadanie będzie prowadzone w** **WCZ SP ZOZ we Wrocławiu Punkt Informacyjno – Edukacyjny w lokalizacji: Przychodnia Stabłowice, ul. Stabłowicka 125, Przychodnia Kozanów, ul. Dokerska 9**

**2. Imię i nazwisko / nazwa składającego ofertę:** ..................................................................................................................................................................

**3. Adres:**

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

 ulica i numer lokalu……………………………………………………………………………………………………………………………

........................................ .............................................

 *telefon e-mail*

**4. PESEL**: .................................................................

**5. NIP**: ..................................................................

**6. Regon**: ..................................................................

**7. Dokumenty potwierdzający kwalifikacje zawodowe:** ...................................................................................................................................................................

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

**8. Dotychczasowa praca w charakterze odpowiadającym przedmiotowi oferty:** ...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

**9. Miejsce realizacji zadania**…………………………………………………………………………………………………………………

**10.** **Oferowana** **liczba godzin**………………………………………………………………………………………………………………..

(wpisać łączna liczbę godzin za cały okres realizacji zadania z uwzględnieniem przerwy urlopowej)

**11. Harmonogram zajęć (dni tygodnia i godziny od –do**)………………………………………………………………….

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

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

**12.Oferowana kwota brutto w złotych polskich, za jedną godzinę świadczenia usług:**

.............................zł. brutto słownie: ...................................................................................................zł.

Oferent oferuje możliwość przepracowania większej liczby godzin od planowanej o ……………….godzin (wpisać liczbę godzin)

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji postępowania (ustawa z dnia 29 sierpnia 1997r. o Ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2014, poz.1182).

Data: ……….................. pieczątka i podpis oferenta……………………………………

Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 6/2015 z dn.19.01.2015 r.

Wrocławskie Centrum Zdrowia Samodzielny Publiczny

Zakład Opieki Zdrowotnej

Ul. Podróżnicza 26-28

53-208 Wrocław

 **OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany(a) ………………………………………………………………………………………………………………

urodzony(a) …………….………………………… w ……….……………..……………………………………………………..

wykonujący(a) usługi na innej podstawie niż stosunek pracy we Wrocławskim Centrum Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Podróżnicza 26-28, 53-208 Wrocław oświadczam, że posiadam aktualne obowiązujące dla mojego stanowiska zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do zatrudnienia oraz aktualne wymagane szkolenia BHP.

Jednocześnie zobowiązuję się przedstawić wspomniane zaświadczenia na każde żądanie.

...............................................

DATA I PODPIS