

FORMULARZ OFERTOWY

Dane Oferenta:1. Pełna nazwa Oferenta (*imię i nazwisko i nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru*)

.....

2. Adres Oferenta

ul. nr.

kod pocztowy miejscowość

tel. fax.

NIP

Nazwa banku i nr rachunku

.....

Niniejszym zgłaszam swoje uczestnictwo w konkursie ofert na zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej – Sądeckie Pogotowie Ratunkowe w Nowym Sączu, dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach zadania:

- Usługi w zakresie medycznych czynności ratunkowych podejmowanych przez ratownika medycznego w ramach zespołów ratownictwa medycznego typu S/P oraz transportu sanitarnego.
- Usługi w zakresie ratownika medycznego z uprawnieniami do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi w ramach zespołów ratownictwa medycznego typu S/P oraz transportu sanitarnego.
- Udzielanie świadczeń pielęgniarских w ramach zespołów ratownictwa medycznego typu S/P oraz transportu sanitarnego.

i oferuję:

| Lp. | Rodzaj świadczenia | Deklarowana ilość godzin do przepracowania w miesiącu | Proponowana stawka godzinowa |
|-----|---|---|------------------------------|
| 1. | Ratownik medyczny - praca w zespole ratownictwa medycznego typu S/P oraz transportu sanitarnego | | |
| 2. | Ratownik medyczny z uprawnieniami do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi - praca w zespole ratownictwa medycznego typu S/P oraz transportu sanitarnego | | |
| 3. | Pielęgniarka/pielęgniarski system - praca w zespole ratownictwa medycznego typu S/P oraz transportu sanitarnego | | |

1. Wysokość stawki godzinowej nie może przekraczać możliwości finansowych SPZOZ SPR.
2. Zapewniam niezmiennosc ceny za w/w świadczenia przez okres trwania umowy.
3. Termin płatności będzie wynosił do 30 dni od dnia otrzymania faktury przez Udzielającego zamówienia.

Załączam następujące dokumenty:

1. zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej – aktualne zaświadczenie (kserokopia),
2. kserokopia zaświadczenia o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarских wydanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych lub zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej – wystawione nie wcześniej niż 6 m-cy przed złożeniem ofert.
3. kserokopia polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy,
4. kserokopia orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywanej pracy,
5. dokument potwierdzający wykonane szczepienie WZW typu B,
6. zezwolenia na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym oraz prawo jazdy kat. B lub C.
7.

8.

Specjalizacja Oferenta:

.....
.....

(wpisać dziedzinę i stopień specjalizacji)

Data:

.....
(podpis oferenta)