

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:

1. Usługi w zakresie medycznych czynności ratunkowych podejmowanych przez ratownika medycznego w ramach zespołów ratownictwa medycznego typu S/P oraz transportu sanitarnego w kraju i za granicą, uczestnictwo w zabezpieczeniu pod względem medycznym imprez masowych,
2. Usługi w zakresie ratownika medycznego z uprawnieniami do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi w ramach zespołów ratownictwa medycznego typu S/P oraz transportu sanitarnego w kraju i za granicą, uczestnictwo w zabezpieczeniu pod względem medycznym imprez masowych,
3. Udzielanie świadczeń pielęgniarских w ramach zespołów ratownictwa medycznego typu S/P oraz transportu sanitarnego w kraju i za granicą, uczestnictwo w zabezpieczeniu pod względem medycznym imprez masowych,

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 w kraju i za granicą, uczestnictwo w zabezpieczeniu pod względem medycznym imprez masowych		
2.	Ratownik medyczny z uprawnieniami do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi - praca w zespole ratownictwa medycznego typu S/P oraz transportu sanitarnego w kraju i za granicą, uczestnictwo w zabezpieczeniu pod względem medycznym imprez masowych		
3.	Pielęgniarka/pielęgniarz systemu - praca w zespole ratownictwa medycznego typu S/P oraz transportu sanitarnego w kraju i za granicą, uczestnictwo w zabezpieczeniu pod względem medycznym imprez masowych		

1. Wysokość stawki godzinowej nie może przekraczać możliwości finansowych SPZOZ SPR.
2. Zapewniam niezmiennosć 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)

Pieczętka firmowa z pełną nazwą oferenta

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam(em) się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert.
2. Przyjmuję warunki umowy według projektu stanowiącego załącznik Nr 3 do SWKO.
3. Oświadczam, iż zobowiązuję się - w przypadku wyboru mojej oferty - do zawarcia umowy w terminie 21 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu, na okres 01.11.2018 r. – 30.06.2019 r.
4. Zapoznałam(em) się z rodzajem zamawianych świadczeń zdrowotnych oraz miejscem ich realizacji.
5. Posiadam wiedzę i umiejętności do realizacji zamówienia.
6. Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
7. Znane mi są aktualne przepisy dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej oraz „Regulaminu organizacyjnego SPZOZ – Sądeckiego Pogotowia Ratunkowego w Nowym Sączu”.
8. Udzielam świadczeń medycznych w sposób rzetelny i zgodny z obowiązującą wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.
9. Spełniam wymagania zdrowotne określone we właściwych przepisach.
10. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych w procesie ofertowania (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, t.j. Dz.U.2016.922 z późn.zm.)
11. Czuję się związany niniejszą ofertą na okres 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
12. Oświadczam, iż pełnię*/nie pełnię* (**niepotrzebne skreślić*) funkcji kierowniczych lub organizacyjnych u przedsiębiorcy prowadzącego konkurencyjną względem Udzielającego zamówienia działalność gospodarczą, polegającą na organizowaniu lub świadczeniu usług zdrowotnych w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, organizowaniu lub wykonywaniu usług transportu sanitarnego, a także organizowaniu lub świadczeniu innych usług dotyczących ochrony zdrowia wykonywanych przez Udzielającego zamówienia.
13. Oświadczam, iż nie jestem zatrudniony na umowę o pracę w SPZOZ Sądeckim Pogotowiu Ratunkowym.
14. Oświadczam, iż z chwilą przyjęcia mojej oferty złożę w SPZOZ Sądeckim Pogotowiu Ratunkowym wniosek o rozwiązanie umowy o pracę za porozumieniem stron.

..... dnia

.....

Podpis oferenta