

## **FORMULARZ OFERTY**

na świadczenie usług zdrowotnych

ZAKRES: udzielanie świadczeń zdrowotnych przez:

- 1) Ratownika medycznego –w zespole transportu medycznego \***
- 2) Ratownika medycznego z uprawnieniami do kierowania pojazdami  
uprzywilejowanymi - w zespole transportu medycznego\***

**posiadający co najmniej 3 letni staż pracy w zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnym oddziale ratunkowym lub lotniczym zespole ratownictwa medycznego**

**(\* - niepotrzebne skreślić)**

**Miejsce stacjonowania zespołu transportu medycznego – Stalowa Wola**

**Obszar działania, z którego przyjmowane i realizowane są zlecenia wyjazdu - miasto  
Tarnobrzeg, powiaty: tarnobrzezski, stalowowolski, niżański.**

### **DANE OFERENTA:**

Imię i Nazwisko: .....

Nazwisko rodowe: .....

Firma Oferenta (Firma przedsiębiorcy): .....

Adres (ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy, poczta): .....

.....

PESEL: ..... NIP: ..... REGON: .....

Pełnomocnik: .....

Kontakt telefoniczny: .....

Adres email: .....

Nazwa banku: .....

Nr rachunku bankowego: .....

**I. OFERUJĘ:**

**a) udzielanie świadczeń zdrowotnych jako (właściwe zaznaczyć krzyżykiem)**

Ratownik medyczny w zespole transportu medycznego	
Ratownik medyczny kierujący ambulansem w zespole transportu medycznego	

**b) stawki ryczałtowe za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych**

Za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespole transportu medycznego	..... zł
Za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych wraz z kierowaniem ambulansem w zespole transportu medycznego	..... zł

**II.**

**Propozycja            ilości            godzin            udzielania            świadczeń            miesięcznie:**  
.....godzin.

**III.**

**Załączam następujące dokumenty (kserokopie):**

**ZALĄCZNIKI DO OFERTY (proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat)**

1. ☐ formularz oświadczeń Oferenta - zał. nr 2 do SWKO
2. ☐ oświadczenie Oferenta – rozwiązanie umowy- zał. Nr 4 do SWKO
3. ☐ CV,
4. ☐ kserokopia dyplomu potwierdzającego wymagane wykształcenie,
5. ☐ kserokopie dokumentów potwierdzających staż pracy (świadczenia pracy lub zaświadczenia),
6. ☐ kserokopia zezwolenia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych (jeśli dotyczy)
7. ☐ kserokopia prawa jazdy (jeśli dotyczy)
8. ☐ kserokopia aktualnego orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdem wydane przez uprawnionego lekarza (jeśli dotyczy)
9. ☐ kserokopia aktualnego orzeczenia psychologicznego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdem (jeśli dotyczy)
10. ☐ kserokopia aktualnej karty doskonalenia zawodowego ratownika medycznego

**Załącznik numer 1 do SWKO  
nr 1/KO/2020/PSPR.SPZ/R\_Stalowa Wola**

11. ☐ kserokopie innych dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje (aktualne zaświadczenia/certyfikaty potwierdzające ukończenie kursów),
12. ☐ kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożona najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
13. ☐ wydruk z księgi rejestrowej z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
14. ☐ aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub dołączone oświadczenie, że wydruk zostanie przedłożony najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
15. ☐ kserokopia książeczki/orzeczenia do celów sanitarno – epidemiologicznych, lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożona najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
16. ☐ zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się Przyjmujący zamówienie lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożone najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
17. ☐ szkolenie w zakresie BHP lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożone najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
18. ☐ pełnomocnictwo

Data sporządzenia oferty: .....

.....  
(podpis Oferenta)