

**FORMULARZ OFERTY**  
na świadczenie usług zdrowotnych

ZAKRES: udzielanie świadczeń zdrowotnych przez:

- 1) **Ratownika medycznego –w zespołach wyjazdowych ratownictwa medycznego \***
- 2) **Ratownika medycznego z uprawnieniami do kierowania pojazdami  
uprzywilejowanymi - w zespołach wyjazdowych ratownictwa medycznego\***

(\* - niepotrzebne skreślić)

**DANE OFERENTA:**

**A. Oferta indywidualna - indywidualna działalność gospodarcza**

Imię i Nazwisko: .....

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

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

.....

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

Kontakt telefoniczny: .....

Adres email: .....

Nazwa banku: .....

Nr rachunku bankowego: .....

**B. PODMIOT LECZNICZY**

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego: .....

.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych nr RPWDL: .....

Nr KRS: .....

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

Kontakt telefoniczny: .....

Adres email: .....

Nazwa banku: .....

Nr rachunku bankowego: .....

**I. OFERUJĘ:**

**a) udzielanie świadczeń zdrowotnych jak: (właściwe zaznaczyć krzyżykiem), w przypadku ratownika medycznego z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych należy zaznaczyć poz. 1 oraz 2**

1	Ratownik medyczny w zespole ratownictwa medycznego specjalistycznym, podstawowym	.....
2	Ratownik medyczny kierujący ambulansem w zespole ratownictwa medycznego specjalistycznym, podstawowym	.....

**b) stawki ryczałtowe za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych, w przypadku ratownika medycznego z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych należy wypełnić poz. 1 oraz 2**

1	Za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego specjalistycznym, podstawowym	..... zł
2	Za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych wraz z kierowaniem ambulansem w zespole ratownictwa medycznego specjalistycznym, podstawowym	..... zł

**II.**

- 1. Miejsce stacjonowania zespołów –proszę wybrać preferowane miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych (właściwe zaznaczyć krzyżykiem- możliwość wyboru jednego lub większej ilości miejsc stacjonowania)**
- 2. Propozycja ilości godzin udzielania świadczeń miesięcznie**

<b>Miejsce stacjonowania</b>		<b>Propozycja ilości godzin udzielania świadczeń miesięcznie</b>
<b>Tarnobrzeg, Gorzyce</b>		
<b>Stalowa Wola, Zaklików</b>		
<b>Kolbuszowa,</b>		
<b>Nowa Dęba</b>		
<b>Dębica</b>		
<b>Ogółem liczba godzin miesięcznie:</b>		

**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. ☐ Wykaz osób- **zał. Nr 5 do SWKO**
4. ☐ CV,
5. ☐ kserokopia dyplomu potwierdzającego wymagane wykształcenie,
6. ☐ kserokopie dokumentów potwierdzających staż pracy (świadcstwa pracy lub zaświadczenia),
7. ☐ kserokopia zezwolenia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych (jeśli dotyczy)
8. ☐ kserokopia prawa jazdy (jeśli dotyczy)
9. ☐ kserokopia aktualnego orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdem wydane przez uprawnionego lekarza (jeśli dotyczy)
10. ☐ kserokopia aktualnego orzeczenia psychologicznego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdem (jeśli dotyczy)
11. ☐ kserokopia aktualnej karty doskonalenia zawodowego ratownika medycznego

12. ☐ kserokopie innych dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje (aktualne zaświadczenia/certyfikaty potwierdzające ukończenie kursów),
13. ☐ kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożona najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
14. ☐ wydruk z księgi rejestrowej z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
15. ☐ wydruk Informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu z Rejestru Przedsiębiorców (KRS)
16. ☐ aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożony najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
17. ☐ kserokopia książeczki/orzeczenia do celów sanitarno – epidemiologicznych, lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożona najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
18. ☐ 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,
19. ☐ szkolenie w zakresie BHP lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożone najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
20. ☐ pełnomocnictwo

Data sporządzenia oferty: .....

.....  
(podpis Oferenta)