Załącznik numer 1 do SWKO
nr 1/KO/2019/PSPR.SPZ/R

FORMULARZ OFERTY

na świadczenie usług zdrowotnych

ZAKRES: udzielanie świadczeń zdrowotnych przez:

1) **Ratownika medycznego –w zespołach wyjazdowych ratownictwa medycznego, zespołach transportowych***
2) **Ratownika medycznego z uprawnieniami do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi -**
   w zespołach wyjazdowych ratownictwa medycznego, zespołach transportowych oraz zespole ogólnolekarskim*
3) **Ratownika medycznego w dyspozytorni medycznej***

(* - niepotrzebne skreślić)

DANE OFERENTA:

A. Oferta indywidualna - indywidualna działalność gospodarcza

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: ……..

Załącznik numer 1 do SWKO
nr 1/KO/2019/PSPR.SPZ/R

B. PODMIOT LECZNICZY

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego: ……..

……

Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych nr RPWDL: ……

Nr KRS: ……..

NIP: …… REGON: ……

Pelnomocnik:

……

Kontakt telefoniczny: ……

Adres email: ……

Nazwa banku: ……

Nr rachunku bankowego: ……

I. OFERUJĘ:

a) udzielanie świadczeń zdrowotnych jak (właściwe zaznaczyć krzyżykiem)

Ratownik medyczny w zespole ratownictwa medycznego specjalistycznym, podstawowym, transportowym	
Ratownik medyczny kierującym ambulansem w zespole ratownictwa medycznego specjalistycznym, podstawowym, transportowym, ogólnolekarskim	
Dyspozytor medyczny	

b) stawki ryczałtowe za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

	Za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego specjalistycznym, podstawowym, transportowym
	Za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych wraz z kierowaniem ambulansem w zespole ratownictwa medycznego specjalistycznym, podstawowym, transportowym, ogólnolekarskim
	Za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dyspozytorni medycznej

II.

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

III.

Załączam następujące dokumenty (kserokopie):

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY (proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat)

1. ☐ formularz oświadczeń Oferenta - **zał. nr 2 do SWKO**
2. ☐ parafowany wzór umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne - **zał.nr 3 do SWKO**
3. ☐ oświadczenie Oferenta – rozwiązanie umowy- **zał. Nr 4 do SWKO**
4. ☐ Wykaz osób- **zał. Nr 5 do SWKO**
5. ☐ CV,
6. ☐kserokopia dyplomu potwierdzającego wymagane wykształcenie,
7. ☐kserokopie dokumentów potwierdzających staż pracy (świadectwa pracy lub zaświadczenia),
8. ☐kserokopia zezwolenia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych (jeśli dotyczy)
9. ☐kserokopia prawa jazdy (jeśli dotyczy)
10. ☐kserokopia aktualnego orzeczenia lekarskiego o braku przeciwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdem wydane przez uprawnionego lekarza (jeśli dotyczy)
11. ☐kserokopia aktualnego orzeczenia psychologicznego o braku przeciwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdem (jeśli dotyczy)
12. ☐ kserokopia aktualnej karty doskonalenia zawodowego ratownika medycznego
13. ☐ kserokopia aktualnej karty doskonalenia zawodowego dyspozytora medycznego
14. ☐kserokopia zaświadczenia o ukończeniu kursu dla dyspozytorów medycznych lub dołączone zobowiązanie (oświadczenie) o jego ukończeniu w ciągu 12 miesięcy od dnia podpisania umowy.
15. ☐kserokopie innych dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje (aktualne zaświadczenia/certyfikaty potwierdzające ukończenie kursów),
16. ☐kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożona najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
17. ☐ wydruk z księgi rejestrowej z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
18. ☐ wydruk Informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu z Rejestru Przedsiębiorców (KRS)

19. ☐aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożony najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
20. ☐kserokopia książeczki/orzeczenia do celów sanitarno – epidemiologicznych, lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożona najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
21. ☐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,
22. ☐ szkolenie w zakresie BHP lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożone najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
23. ☐ pełnomocnictwo

Oświadczam, że dokumenty wymienione w części III Oferty wskazane w punktach:

……

(proszę podać numerację)

są w posiadaniu PPSR SPZ w Mielcu a ich stan faktyczny i prawny nie uległ zmianie.

Data sporządzenia oferty: ……..

……
(podpis Oferenta)