

FORMULARZ OFERTY

na świadczenie usług zdrowotnych

ZAKRES: udzielanie świadczeń zdrowotnych przez:

- 1) **Pielęgniarki/Pielęgniarsza –w zespołach wyjazdowych ratownictwa medycznego***
- 2) **Pielęgniarki/Pielęgniarsza 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 pielęgniarstwa z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych należy zaznaczyć poz. 1 oraz 2

1	pielęgniarka/pielęgniarka w zespole ratownictwa medycznego specjalistycznym, podstawowym
2	pielęgniarka/pielęgniarka kierujący ambulans w zespole ratownictwa medycznego specjalistycznym, podstawowym

b) stawki ryczałtowe za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych, w przypadku pielęgniarstwa 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 ambulans 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**

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

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. ☐ 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. ☐ wydruk Informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu z Rejestru Przedsiębiorców (KRS)

15. ☐ aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożony najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
16. ☐ kserokopia książeczki/orzeczenia do celów sanitarno – epidemiologicznych, lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożona najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
17. ☐ 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.
18. ☐ szkolenie w zakresie BHP lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożone najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
19. ☐ pełnomocnictwo

Data sporządzenia oferty:

.....
(podpis Oferenta)