

FORMULARZ OFERTY

na świadczenie usług zdrowotnych

ZAKRES:

- 1) **Pielęgniarka/Pielęgniarz** w zespołach wyjazdowych ratownictwa medycznego, transportowych
- 2) **Pielęgniarka/Pielęgniarz** z uprawnieniami do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi w zespołach wyjazdowych ratownictwa medycznego, transportowych

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 jako: (właściwe zaznaczyć krzyżykiem), w przypadku pielęgniarzki/pielęgniara z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych należy zaznaczyć poz. 1 oraz poz.2

1	Pielęgniarka/pielęgniarz w zespole ratownictwa medycznego, transportowym
2	Pielęgniarka/pielęgniarz kierujący ambulansem w zespole ratownictwa medycznego, transportowym

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

1	Za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, transportowym zł
2	Za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych wraz z kierowaniem ambulansem w zespole ratownictwa medycznego, transportowym 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
Mielec, Padew Narodowa, Radomyśl Wielki, Borowa	
Tarnobrzeg, Gorzyce	
Stalowa Wola, Zaklików	
Kolbuszowa,	
Nowa Dęba	
Dębica	
Ogółem liczba godzin miesięcznie:	

II. Oświadczenia Oferenta

Składając ofertę do postępowania konkursowego na wykonywanie świadczeń zdrowotnych, niniejszym oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, wzorem umowy i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert,
- 2) zapoznałem/łam się z rodzajem zamawianych świadczeń zdrowotnych i miejscem ich realizacji,
- 3) przyjmuję warunki umowy, według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do SKWO,
- 4) posiadam niezbędne umiejętności i wiedzę do realizacji zamówienia oraz udzielania świadczeń zdrowotnych w danym zakresie objętym postępowaniem konkursowym/ zatrudnione przeze mnie osoby lub osoby wyznaczone przeze mnie do udzielania w moim imieniu świadczeń zdrowotnych posiadają niezbędne umiejętności i wiedzę do realizacji zamówienia oraz udzielania świadczeń zdrowotnych w danym zakresie objętym postępowaniem konkursowym,
- 5) udzielam świadczeń zdrowotnych w sposób rzetelny i zgodny z obowiązującą wiedzą medyczną, dostępnymi środkami i metodami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.
- 6) spełniam wymagania zdrowotne określone w obowiązujących przepisach i zobowiązuję się do dostarczenia Udzielającemu zamówienia orzeczenia lekarskiego potwierdzającego ten fakt najpóźniej w dniu zawarcia umowy oraz terminowego dokumentowania wobec Udzielającego Zamówienia, spełnienia powyższego obowiązku przez cały okres obowiązywania umowy,
- 7) przyjmuję obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na warunkach wskazanych w SWKO oraz dostarczenia jej kopii najpóźniej w dniu zawarcia umowy oraz terminowego dokumentowania wobec Udzielającego zamówienia spełnienia powyższego obowiązku przez cały okres obowiązywania umowy,

- 8) przyjmuję obowiązek przedłożenia Udzielającemu zamówienia aktualnego orzeczenia lekarskiego wydanego przez uprawnionego lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na określonym stanowisku, aktualnej książeczki/orzeczenia do celów sanitarno –epidemiologicznych, aktualnego przeszkolenia w zakresie BHP, najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
- 9) przyjmuję obowiązek przeszkolenia w zakresie procedur oraz programów informatycznych, ochrony danych osobowych obowiązujących u Udzielającego Zamówienia w ustalonym terminie,

10) Posiadam doświadczenie zawodowe :

1) na stanowisku:

- a) pielęgniarki/pielęgniara -(lat, miesięcy)
- b) kierowcy ambulansu ratownictwa medycznego -(lat, miesięcy)

2) przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych:

- a) w zespołach ratownictwa medycznego -(lat, miesięcy)
- b) w szpitalnym oddziale ratunkowym -(lat, miesięcy)
- c) w lotniczym zespole ratownictwa medycznego -(lat, miesięcy)
- d) w oddziale anestezjologii u intensywnej opieki-.....(lat, miesięcy)
- e) w izbie przyjęć-(lat, miesięcy)
- f) inne (jakie)-(lat, miesięcy)

- 11) **posiadam/nie posiadam* (*niepotrzebne skreślić)** doświadczenie(a) w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym, w wymiarze co najmniej 5000 godzin w okresie ostatnich 5 lat,

- 12) samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym oraz Zakładem Ubezpieczeń Społecznych,
- 13) składając ofertę wyrażam wolę zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne,

- 14) **byłem(-am) / nie byłem(-am) * (*niepotrzebne skreślić)** karany(-a) za przestępstwa przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu oraz/lub w związku z wykonywaną pracą (przed sądem lub dyscyplinarnie),

- 15) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Udzielającego zamówienia oraz przekazywanie niezbędnych danych do innych instytucji posiadających prawo do otrzymywania takich informacji,

- 16) posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,

- 17) oświadczam, że złożone kopie dokumentów są zgodne z oryginałami oraz, że są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym i nie nastąpiły okoliczności wpływające na zmianę treści ww. dokumentów na dzień złożenia oferty.

Zobowiązuję się o wszystkich zmianach powiadamiać Udzielającego zamówienia w ciągu 7 dni od dnia ich zaistnienia.

Zamawiający zastrzega sobie możliwość weryfikacji złożonych oświadczeń poprzez żądanie przedstawienia dokumentów źródłowych.

III.

Załączam następujące dokumenty (kserokopie):

ZALĄCZNIKI DO OFERTY (proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat)

1. ☐ Wykaz osób- zał. Nr 3 do SWKO
2. ☐ oświadczenie Oferenta – rozwiązanie umowy- zał. Nr 4 do SWKO
3. ☐ CV
4. ☐ kserokopia dyplomu potwierdzającego wymagane wykształcenie
5. ☐ kserokopie dokumentów potwierdzających doświadczenie zawodowe (świadczenia pracy lub zaświadczenia)
6. ☐ kserokopie dokumentów potwierdzających ukończenie kursów
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
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
17. ☐ zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się Przyjmujący zamówienie
18. ☐ szkolenie w zakresie BHP
19. ☐ pełnomocnictwo

Data sporządzenia oferty:

.....
(podpis Oferenta)