

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:

Nazwisko rodowe:

Imię ojca: Imię matki:

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, dostępnym 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 w ZRM -(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):

ZAŁĄCZNIKI 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 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)