

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **BP/ŚZ/5/2019** ogłoszonym przez Dyrektora Bieszczadzkiego Pogotowia Ratunkowego SPZOZ w Sanoku na: **wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych na rzecz wszystkich potrzebujących pomocy medycznej na wypadek zagrożenia zdrowotnego w ramach Państwowego ratownictwa medycznego w ramach zespołów wyjazdowych S i P oraz specjalistycznych środków transportu wodnego Bieszczadzkiego Pogotowia Ratunkowego SP ZOZ w Sanoku.**

DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA

Nazwa Oferenta	
REGON	
NIP	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica, nr lokalu	
Telefon kontaktowy	
adres e-mail	
Wpis do właściwego rejestru (nazwa i numer)	
Nr konta bankowego	
Informacje dodatkowe	

.....
data

.....
podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych jak poniżej i proponuję:

Stawkę za 1 godzinę udzielanego świadczenia przez **ratownika medycznego** w Bieszczadzkim Pogotowiu Ratunkowym SP ZOZ w Sanoku w wysokości :

w dni powszednie, soboty, niedziele i święta:zł.

(słownie:.....)

Oprócz stawki godzinowej, Przyjmującemu Zamówienie albo ratownikom medycznym wyznaczonym przez Przyjmującego Zamówienie korzystającego z zasobów osobowych innych podmiotów lub swoich pracowników będących ratownikami medycznymi, którzy udzielają świadczeń zdrowotnych w ramach umowy zawartej w wyniku rozstrzygnięcia niniejszego konkursu, wypłacana będzie stawka pieniężna stanowiąca iloraz stawki określonej w § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 34) lub w przepisach, które zastąpią tą regulację w jej zakresie przedmiotowym i liczby godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu przez Przyjmującego Zamówienie lub ratowników medycznych wyznaczonych przez Przyjmującego Zamówienie korzystającego z zasobów osobowych innych podmiotów lub swoich pracowników będących ratownikami medycznymi.

W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

a. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadamletnie doświadczenie zawodowe.

b. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe itp.)
.....
.....

c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń w następującym **minimalnym zakresie** (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” lub opisanie w punkcie 4):

1. w dni powszednie zgodnie z harmonogramem **co najmniej jeden raz** w każdym tygodniu, w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy zgodnie z harmonogramem **co najmniej jeden raz** w każdym miesiącu –

ilość dyżurów zwykłych (podać ilość)		ilość dyżurów weekendowych (podać ilość)	
--	--	--	--

2. w dni powszednie zgodnie z harmonogramem **co najmniej dwa razy** w każdym tygodniu, w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy zgodnie z harmonogramem **co najmniej dwa razy** w każdym miesiącu –

Ilość dyżurów zwykłych (podać ilość)		ilość dyżurów weekendowych (podać ilość)	
--	--	--	--

3. w dni powszednie zgodnie z harmonogramem **co najmniej jeden raz** w każdym tygodniu, w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy zgodnie z harmonogramem **co najmniej trzy razy** w każdym miesiącu –

ilość dyżurów zwykłych (podać ilość)		ilość dyżurów weekendowych (podać ilość)	
--	--	--	--

4. inne (określić)
.....
.....

d. W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. do pięciu dni w każdym tygodniu –
2. pięć dni w każdym tygodniu -
3. sześć dni w każdym tygodniu –
4. siedem dni w każdym tygodniu –

Każda Oferta musi zawierać dyspozycję Oferenta (Przyjmującego zamówienie) dla wyżej wskazanych kryteriów oceny (tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość). Brak dyspozycji dla którychkolwiek kryteriów oceny będzie skutkowało automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych na okres minimum 24 miesiące od daty zawarcia umowy lub dłuższy (podać ilość miesięcy)

W załączeniu przedkładam (zaznaczyć właściwe dla podmiotu składającego ofertę) :

1. **Załącznik nr 1** – Lista personelu, który będzie udzielał świadczeń zdrowotnych w ramach załączonej oferty,
2. **Załącznik nr 2** – Oświadczenie nr 1 - w zakresie ZUS , US.
3. **Załącznik nr 3** - Oświadczenie nr 2 – dotyczy Oferenta korzystającego z zasobów innych podmiotów w celu realizacji zamówienia.
4. **Załącznik nr 4** – Oświadczenie nr 3 – dotyczy Oferenta korzystającego z własnych pracowników lub osób wykonujących na jego rzecz usługi na innej podstawie niż umowa o pracę, w celu realizacji zamówienia.
5. **Załącznik nr 5** – Oświadczenie nr 4 – w zakresie BHP, PPOŻ, medycyna pracy.
6. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej – jeżeli dotyczy.
7. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub wypisu z ewidencji działalności i informacji o działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny Oferenta.
8. Kserokopie dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń: prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacyjny, kserokopie dodatkowych kwalifikacji, uprawnień.
9. Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez

* w przypadku, gdy Udzielający Zamówienia w swojej dokumentacji posiada już któryś z wyżej wymienionych w pkt. 6 dokumentów(aktualny), Przyjmujący Zamówienie w przypadku jego niezałączenia do oferty zobowiązany jest do przedłożenia oświadczenia o tym, że dokumenty uwzględnione w punkcie 6 nie uległy zmianie, są aktualne i znajdują się w posiadaniu Udzielającego Zamówienia.

.....
data podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

Niniejszym, oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, postanowieniami zawartymi w SWKO oraz Regulaminem konkursu. Oświadczam, że akceptuję i zobowiązuję się do przestrzegania i wykonywania zapisów zawartych w SWKO, załącznikach i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
 2. Złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni od ostatecznego terminu składania ofert.
 3. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
 4. W momencie podpisania umowy dostarczę dokument potwierdzający, że podmiot jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.
 5. Akceptuję okres obowiązywania umowy. tj. min. 24 m-ce od daty zawarcia umowy.
 6. Termin płatności wynosi 21 dni od daty dostarczenia prawidłowej faktury VAT.
1. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności.
 2. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej.
 3. Respekuję prawo NFZ do przeprowadzenia kontroli w zakresie realizacji przedmiotu konkursu.
 4. Zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1. administratorem danych osobowych Oferenta jest Bieszczadzkie Pogotowie Ratunkowe SP ZOZ w Sanoku, ul. Jezierskiego 21, 38-500 Sanok
2. administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: inspektor@infomedis.pl
3. administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
4. dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
5. administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

1. Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu przedawnienia wynikającego z ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny;
2. przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
3. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zawarcia umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak realizacji umowy; administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

.....
data

.....
podpis i pieczęć osoby upoważnionej do
reprezentowania Oferenta