

.....  
(nazwa i pieczęć oferenta)

## OFERTA

W związku z konkursem ofert nr BP/ŚZ/2/2020 ogłoszonym przez Dyrektora Bieszczadzkiego Pogotowia Ratunkowego SP ZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego/pielęgniarki systemu w ramach zespołu transportu medycznego polegającego na przewozie osób między podmiotami leczniczymi realizującymi świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego.**

### 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                          |  |
| Numer prawa wykonywania zawodu              |  |
| Specjalizacja                               |  |
| 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 transporcie sanitarnym BPR 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 posiadam .....letnie 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<br>(podać ilość) |  | ilość dyżurów weekendowych<br>(podać ilość) |  |
|---|--|---|--|

2. 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<br>(podać ilość) |  | ilość dyżurów weekendowych<br>(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 jeden raz** w każdym miesiącu – .....

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| ilość dyżurów zwykłych<br>(podać ilość) |  | ilość dyżurów weekendowych<br>(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 niezalążania 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:**

