

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **BPR/ŚZ/4/2020** ogłoszonym przez Dyrektora Bieszczadzkiego Pogotowia Ratunkowego SP ZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego w ramach transportu medycznego.**

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 medycznym BPR SP ZOZ w Sanoku w wysokości :

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

(słownie:.....)

Oprócz stawki godzinowej Przyjmującemu Zamówienie wypłacany będzie dodatek uzupełniający, który stanowił będzie dodatkowy koszt Udzielającego zamówienie. Dodatek będzie wypłacany w wysokości 9 zł brutto za każdą godzinę świadczonych usług. W przypadku uwzględnienia ratowników medycznych udzielających świadczeń medycznych w transporcie sanitarnym w rozporządzeniu 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 dodatek uzupełniający zostanie zastąpiony dodatkiem zgodnym z obowiązującymi przepisami i stanowił on będzie iloczyn stawki godzinowej i liczby godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu przez Przyjmującego Zamówienie .

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 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)	
---	--	---	--

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 (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** - Oświadczenie nr 1 – w zakresie ZUS , US.
2. **Załącznik nr 2** - Oświadczenie nr 2 – w zakresie BHP, PPOŻ, medycyna pracy.
3. **Załącznik nr 3** - Oświadczenie nr 3 – w zakresie działalności gospodarczej.
4. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej – jeżeli dotyczy.
5. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub wypisu z ewidencji działalności i informacji o działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny Oferenta.
6. Kserokopie dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń: prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacyjny, kserokopie dodatkowych kwalifikacji, uprawnień.
7. 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 niezalążczenia 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.

