

.....  
(nazwa i pieczęć oferenta)

## OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **BPR/ŚZ/5/2020** ogłoszonym przez Dyrektora Bieszczadzkiego Pogotowia Ratunkowego SPZOZ w Sanoku na: **wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego 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 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** – .....

<b>ilość dyżurów zwykłych (podać ilość)</b>		<b>ilość dyżurów weekendowych (podać ilość)</b>	
---	--	---	--

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** – .....

<b>Ilość dyżurów zwykłych (podać ilość)</b>		<b>ilość dyżurów weekendowych (podać ilość)</b>	
---	--	---	--

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** – .....

<b>ilość dyżurów zwykłych (podać ilość)</b>		<b>ilość dyżurów weekendowych (podać ilość)</b>	
---	--	---	--

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 – .....



