

.....  
(nazwa i pieczęć oferenta)

## OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/10/2020** 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 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 (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.



