

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **BPR/ŚZ/07/2023** ogłoszonym przez Dyrektora Bieszczadzkiego Pogotowia Ratunkowego SPZOZ w Sanoku na: **wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarza/pielęgniarkę systemu na rzecz wszystkich potrzebujących pomocy medycznej na wypadek zagrożenia zdrowotnego w ramach Państwowego ratownictwa medycznego w ramach zespołów wyjazdowych S i P Bieszczadzkiego Pogotowia Ratunkowego SPZOZ 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 **pielęgniarka/pielęgniarkę** systemu w Bieszczadzkiem Pogotowiu Ratunkowym SPZOZ w Sanoku w wysokości :

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

(słownie:.....)

**Do stawki godzinowej będzie dodatkowo naliczany tzw. „dodatek wyjazdowy” w wysokości 30% stawki godzinowej.*

***W przypadku powierzenia Oferentowi funkcji Kierownika Zespołu (konieczne jest potwierdzenie doświadczenia w udzielaniu świadczeń w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym, w wymiarze co najmniej 5 tys. godzin w okresie ostatnich pięciu lat) stawka za jedną godzinę ulega zwiększeniu o 2 zł., w takim przypadku tzw. dodatek wyjazdowy obliczany jest na podstawie stawki podstawowej nie uwzględniającej zwiększenia z tytułu pełnienia funkcji kierownika zespołu.*

w dni świąteczne tj. 1stycznia, Pierwszy i Drugi dzień Wielkiejnocy, 24, 25 i 26 grudnia, 31 grudnia:.....zł*,**

(słownie:.....)

**Do stawki godzinowej będzie dodatkowo naliczany tzw. „dodatek wyjazdowy” w wysokości 30% stawki godzinowej.*

***W przypadku powierzenia Oferentowi funkcji Kierownika Zespołu (konieczne jest potwierdzenie doświadczenia w udzielaniu świadczeń w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym, w wymiarze co najmniej 5 tys. godzin w okresie ostatnich pięciu lat) stawka za jedną godzinę ulega zwiększeniu o 2 zł., w takim przypadku tzw. dodatek wyjazdowy obliczany jest na podstawie stawki podstawowej nie uwzględniającej zwiększenia z tytułu pełnienia funkcji kierownika zespołu.*

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 5 miesięcy 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 wydruk z ewidencji działalności i informacji o działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawnego Oferenta.
6. Kserokopie dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń: prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacyjny, kserokopie dodatkowych kwalifikacji, uprawnień, jak również polisy OC i zaświadczenia lekarskiego
7. Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

.....
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.5 m-cy
6. Termin płatności wynosi 21 dni od daty dostarczenia prawidłowej faktury VAT.
7. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności.
8. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej.
9. Respektuję prawo NFZ do przeprowadzenia kontroli w zakresie realizacji przedmiotu konkursu.
10. 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 SPZOZ 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:iod@bpr-spzoz.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