

OFERTA

1. Dane Oferenta:

Imię i nazwisko **Oferenta:** _____

Pełna nazwa i adres **Oferenta:** _____

NIP: _____

REGON: _____

Numer telefonu **Oferenta:** _____

Adres e-mail **Oferenta:** _____

2. Przedmiot oferty (właściwe zaznaczyć):

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Ratowników Medycznych w Dziale Pomocy Doraźnej.

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Ratowników Medycznych oraz Ratowników Medycznych z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych w Dziale Pomocy Doraźnej.

3. Proponowana przez Oferenta miesięczna liczba 24-godzinnych dyżurów udzielania świadczeń zdrowotnych:

_____ dyżurów 24 godzinnych miesięcznie

4. Proponowana stawka godzinowa(stawka nie obejmuje dodatku, o którym mowa w art. 99b Ustawy z dnia 15.04.2011 roku o Działalności Leczniczej):

_____ zł/godz.

5. Oświadczenia Oferenta:

Niniejszym oświadczam, że:

1. Zapoznałem/-łam się z treścią ogłoszenia i ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
2. W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia i na zasadach określonych szczegółowymi warunkami konkursu ofert.
3. Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni o dacie terminu składania ofert oraz zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie określonym przez **Zamawiającego**.

4. Za wyjątkiem dokumentów zawartych w ofercie na stronach nr _____ oferty oraz wszystkie oświadczenia są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
5. Ofertę niniejszą składam na _____ kolejno ponumerowanych stronach.
6. Załącznikami do niniejszego formularza oferty, stanowiącymi integralną część oferty są:
 - a) Kopia wpisu do CEIDG - załącznik nr 2,
 - b) Kopia dyplomu ukończenia szkoły i uzyskania tytułu ratownika medycznego - załącznik nr 3,
 - c) Kopia certyfikatów kursów, o których mowa w §11 ust. 4 Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert – załącznik nr 4,
 - d) Kopia aktualnej karty przebiegu doskonalenia zawodowego Ratownika Medycznego – załącznik nr 5,
 - e) Kopia prawa jazdy odpowiedniego do rodzaju kategorii (dotyczy Ratownika Medycznego kierującego pojazdem uprzywilejowanym) – załącznik nr 6,
 - f) Kopia zezwolenia na kierowanie pojazdem specjalnym uprzywilejowanym (dotyczy Ratownika Medycznego kierującego pojazdem uprzywilejowanym) – załącznik nr 7,
 - g) Kopia orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdem uprzywilejowanym oraz psychologiczne o braku przeciwwskazań psychologicznych do kierowania pojazdem uprzywilejowanym (dotyczy Ratownika Medycznego kierującego pojazdem uprzywilejowanym) – załącznik nr 8,
 - h) Kopia aktualnego orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu Ratownika Medycznego - załącznik nr 9,
 - i) Kopia aktualnego kursu BHP - załącznik nr 10,
 - j) Kopia polisy OC lub oświadczenie o przedłożeniu polisy- załącznik nr 11.

Data i Podpis **Oferenta**

OŚWIADZENIE DOTYCZĄCE STAŻU PRACY

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 36 ust. 5 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006, nr 191, poz. 1410 ze zm.)

POSIADAM NIE POSIADAM

doświadczenie(a) w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym, w wymiarze co najmniej 5000 godzin w okresie ostatnich 5 lat.

Data i Podpis **Oferenta**