



NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
ŁUŻYCKIE CENTRUM MEDYCZNE
W LUBANIU SP. Z O.O.



Załącznik nr 1 do Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych w Izbie Przyjęć i transporcie sanitarnym N ZOZ Łużyckiego Centrum Medycznego w Lubaniu Sp. z o.o.

Lubań, dnia 2021 roku
(miejscowość i data)

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

N ZOZ Łużyckie Centrum Medyczne w Lubaniu Sp. z o.o.
ul. Zawidowska 4
59-800 Lubań

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych w Izbie Przyjęć i transporcie sanitarnym N ZOZ Łużyckiego Centrum Medycznego w Lubaniu Sp. z o.o.

1. Dane oferenta:

Imię Nazwisko
PESEL Zawód
NIP REGON
Pełna nazwa firmy, pod którą Oferent prowadzi działalność gospodarczą:

.....
.....

Adres siedziby

Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres Oferenta j. w.)

Telefon e-mail

Nazwa banku

Numer rachunku bankowego

Posiadane kwalifikacje / ukończone kursy:

.....
.....

=====

2. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych na stanowisku ratownika medycznego w Izbie Przyjęć i transporcie sanitarnym Udzielającego Zamówienia, w niżej wymienionym zakresie, na warunkach określonych w Szczegółowych warunkach konkursu ofert oraz projekcie umowy opracowanych dla potrzeb niniejszego konkursu i proponuję:

Numer Części	Rodzaj świadczenia	Oferowana średniomiesięczna liczba godzin	Oferta cenowa
1	Cena brutto za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć		
Numer Części	Rodzaj świadczenia	Oferowana średniomiesięczna liczba godzin	Oferta cenowa
2	Cena brutto za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych w transporcie sanitarnym,		
	Cena brutto za 1 godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w transporcie sanitarnym według poniższego zapotrzebowania:		
	od poniedziałku do czwartku w godzinach od 19:00 do 07:00 dnia następnego/ wezwanie		
	w piątek w godzinach od 19:00 do 07:00 dnia następnego, soboty, niedziele w godzinach od 07:00 do 19:00 oraz od 19:00 do 07:00 dnia następnego / wezwanie		
	w święta w rozumieniu art. 1 pkt 1 ustawy z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy (j.t. w Dz. U. z 2015 r., poz. 90), w Wigilię Bożego Narodzenia oraz w Sylwestra w godzinach od 07:00 do 19:00 oraz od 19:00 do 07:00 dnia następnego /wezwanie		

W związku z powyższym upoważniam Udzielającego Zamówienia do wykazywania wyżej podanych informacji w dokumentach i informacjach przekazywanych do Narodowego Funduszu Zdrowia.

.....
 (podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

Do oferty dołączam następujące dokumenty:

ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTOWEGO:

1. Oświadczenie Oferenta.
2. Poświadczona przez Oferenta kserokopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG),
3. Poświadczony przez Oferenta kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu ratownika medycznego,
4. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta.
5. Ponadto do oferty załączam* :
 - a) poświadczona przez Oferenta kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej OC dla ratownika medycznego wykonującego działalność w formie jednoosobowej działalności gospodarczej.
 - b) aktualne zaświadczenie lekarza profilaktyka o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku ratownika medycznego,
 - c) kserokopia prawo jazdy minimum kategorii B**
 - d) kserokopia uprawnień do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych określonych w ustawie Prawo o ruchu drogowym**
 - e) inne posiadane dokumenty potwierdzające nabycie fachowych umiejętności (np. certyfikaty, zaświadczenia) – w przypadku ich posiadania,

W przypadku niedołączenia do oferty dokumentów, o których mowa w pkt 5 a), b) i c) zobowiązuję się do przedłożenia ich najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

**niepotrzebne skreślić*

*** dotyczy Oferentów składających ofertę na Część 2*

Załącznik Nr 1 do formularza ofertowego

LUBAŃ 2021 r

(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że nie jestem karany za przestępstwa umyślne, zawodowe, skarbowe.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, akceptuję je w pełnym zakresie i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że spełniam określone w ogłoszeniu o konkursie i w szczegółowych warunkach konkursu ofert wymagania oraz posiadam doświadczenie zawodowe, wymagane do realizacji zamówienia.
4. Oświadczam, że uzyskałam/em wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenia zdrowotne.
5. Oświadczam, że zapoznałam się z miejscem wykonywania świadczeń zdrowotnych, warunkami lokalowymi, wyposażeniem w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności.
6. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę osobiście.
7. Oświadczam, że jestem związana/y ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
8. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do projektu umowy, stanowiącego Załącznik nr 3 do szczegółowych warunków konkursu ofert i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
9. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
10. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę w siedzibie Udzielającego Zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu Zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienia.
11. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa i zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC, najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy.
12. Oświadczam, że sam/a rozliczam się z Urzędem Skarbowym.
13. Oświadczam, że zgłosiłam/łam swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.
14. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z zawarciem umowy cywilnoprawnej. Zostałam/em poinformowana/y o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
(podpis Oferenta)