***Załącznik nr 1***

**OFERTA NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

W związku z ogłoszeniem Konkursu Ofert na świadczenia zdrowotne w zakresach :

1. RATOWNIK MEDYCZNY oraz RATOWNIK MEDYCZNY – KIEROWCA ZRM na rzecz wszystkich potrzebujących pomocy medycznej świadczonej przez jednostkę systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego WOJEWÓDZKĄ STACJĘ POGOTOWIA RATUNKOWEGO W SZCZECINIE i Filiach w ramach Zespołów Wyjazdowych Ratownictwa Medycznego S i P .

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym szczegółowymi warunkami regulaminu przeprowadzania konkursu ofert.

**I . DANE WYKONAWCY :**

1.Pełna nazwa Wykonawcy : ( imię , nazwisko lub nazwa firmy , PESEL )

………………………………………………………………………………………………………...…

………………………………………………………………………………………………………..….

2. Adres :

ul……………………………………………………………….., nr ……………………………………;

Kod pocztowy :……………………………, miejscowość ……………………………………………;

Tel:........................................, e’mail …………………………………………………………………;

REGON\*1 …………………………………NIP\*1………………………………………………………;

Nazwa banku i nr rachunku :…………………………...................................……………………...;

**II. CENA OFERTY** :

Oczekuję należności według następujących kalkulacji :

1) w charakterze ratownika medycznego/pielęgniarza systemu \*2 :

a) za 1 godzinę dyżuru w dni robocze i dni wolne od pracy - ............... .......złotych brutto

2) w charakterze ratownika medycznego/pielęgniarza systemu \*2 z uprawnieniami do

do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych w ruchu:

a) za 1 godzinę dyżuru w dni robocze i dni wolne od pracy - ...................... złotych brutto

3) za świadczone usługi w zakresie transportu sanitarnego - ……..……....... złotych brutto.

**III.POZOSTAŁE INFORMACJE :**

1. Świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu pomieszczeń , sprzętu , aparatury medycznej i ambulansów sanitarnych znajdujących się w dyspozycji Udzielającego zamówienie .
2. Oferuję zawarcie umowy od dnia zawarcia umowy przez Udzielającego zamówienie z NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ratownictwo medyczne w rejonie stacjonowania zespołu w którym ma świadczyć usługi zdrowotne Oferent do dnia ………………………… .
3. Oświadczam , że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami regulaminem przeprowadzenia konkursu ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń .
4. Oświadczam , że projekt umowy stanowiący załącznik nr 2 do szczegółowych warunków przeprowadzenia konkursu ofert , został przeze mnie zaakceptowany.
5. Zobowiązuję się , w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy na określonych

w niej warunkach , w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

1. Oświadczam, że czuje się związany niniejszą ofertą przez czas wskazany w regulaminie

konkursu ofert tj. przez okres 30.dni , licząc od upływu terminu składania ofert.

1. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w WSPR Szczecin i Filie

……………………….w terminach określonych harmonogramem dyżurów ustalanym co miesiąc przez Zamawiającego.

1. Oświadczam , że w razie wybrania mojej oferty, dopełnię obowiązku ubezpieczenia OC

obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych , w tym również od ryzyka wystąpienia chorób zakaźnych w tym wirusa HIV - to jest zgodnie z zakresem określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1, ust. 2 oraz ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i na warunkach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29.04.2019r. o obowiązkowym ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Załącznikami do niniejszej oferty , stanowiącymi jej integralną częścią są :

1………………………………………………………………………………….. ;

2…………………………………………………………………………………....;

3…………………………………………………………………………………….;

4…………………………………………………………………………………….;

5…………………………………………………………………………………….. .

………………………………… …………………………………………………….

( miejscowość i data ) ( podpis oferenta )

\*1 dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą

\* 2 niepotrzebne skreślić