

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/pielęgniarka systemu *² :
 - a) za 1 godzinę dyżuru w dni robocze i dni wolne od pracy - złotych brutto
- 2) w charakterze ratownika medycznego/pielęgniarka 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.
6. 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.

7. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w WSPR Szczecin i Filiew terminach określonych harmonogramem dyżurów ustalonym co miesiąc przez Zamawiającego.
8. 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