



## Załącznik nr 1

### **OFERTA**

1. Dane Oferenta (imię i nazwisko, lub pełna nazwa firmy\*): .....
  2. Nazwisko rodowe: .....
  3. Imię ojca..... Imię matki.....
  4. Adres zamieszkania : .....
  5. Numer telefonu : .....
  6. Adres e-mail : .....
  7. Numer PESEL : .....
  8. REGON\*..... NIP\*.....
  9. Nr dyplomu: ....., data wydania: .....
  10. PWZ: ....., data wydania: .....
  11. Nazwa posiadanej/odbywanej specjalizacji:.....
    - 11.1. Nr dyplomu specjalizacji: ....., data uzyskania: .....
  12. Nazwa posiadanego kursu kwalifikacyjnego: .....
  - 12.1. Data uzyskania kursu kwalifikacyjnego: .....
1. Urząd Skarbowy właściwy do rozliczeń.....
  2. Prawo jazdy nr ....., data wydania .....
  3. Zezwolenie na prowadzenie pojazdu uprzywilejowanego nr ....., data wydania ....., data ważności .....
  4. Oferuję następujące stawki ryczałtowe brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako ratownik medyczny lub pielęgniarka/pielęgniarski systemu\*:
    - 1) w charakterze ratownika medycznego/pielęgniarskiego systemu:
      - a. za 1 godzinę dyżuru w dni robocze i w dni wolne od pracy brutto - ..... złotych
      - b. w charakterze kierowcy z uprawnieniami medycznymi:
      - c. za 1 godzinę dyżuru w dni robocze i w dni wolne od pracy brutto - ..... złotych
      - d. za świadczone usługi w zakresie transportu sanitarnego brutto - ..... złotych

Proponowane stawki zawierają 30% dodatek wyjazdowy.

5. Deklaruję chęć świadczenia usług w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie Filie: .....
6. Załączam następujące dokumenty (kserokopie) (*niepotrzebne skreślić*):

- dyplom uzyskania tytułu zawodowego,
- świadectwo ukończenia szkoły policealnej,
- certyfikaty ukończonych kursów w ramach doskonalenia zawodowego w bieżącym okresie,
- ważne prawo wykonywania zawodu w przypadku pielęgniarki/pielęgniarskiego systemu,



- dyplom posiadanej specjalizacji,
- zaświadczenie o rozpoczęciu specjalizacji,
- zaświadczenie o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego,
- ważne prawo jazdy,
- ważne zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym,
- zaświadczenie o ukończonym kursie na prowadzenie pojazdu uprzywilejowanego,
- informacja w postaci dokumentu o każdorazowej zmianie nazwiska.

Data sporządzenia oferty:

.....

Podpis Oferenta:

.....



*Załącznik nr 2*

## OŚWIADCZENIA OFERENTA

### **Oświadczam, że:**

1. Zapoznałam(em) się z treścią ogłoszenia konkursu ofert.
2. Zapoznałam(em) się ze Szczegółowymi warunkami konkursu ofert.
3. Posiadam aktualną książeczkę/zaświadczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych.
4. Przyjmuję warunki umowy według projektu stanowiącego załącznik nr 3.
5. Posiadam wiedzę i umiejętności do realizacji zamówienia.
6. Udzielam świadczeń medycznych w sposób rzetelny i zgodny z obowiązującą wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.
7. Spełniam wymagania zdrowotne określone we właściwych przepisach.
8. Przyjmuję obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na warunkach określonych w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29.04.2019 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, dostarczenia jej najpóźniej w dniu zawarcia umowy oraz terminowego dokumentowania, spełnienia powyższego obowiązku,
9. Przyjmuję obowiązek dokumentacji bieżącego okresu doskonalenia zawodowego, poprzez dostarczenie certyfikatów dotychczas zdobytych w bieżącym okresie edukacyjnym wraz z niniejszą ofertą, a pozostałe będę dostarczał na bieżąco do kadr WSPR. Jednocześnie oświadczam, iż po utworzeniu Krajowej Rady Ratowników Medycznych dostarczę stosowny dokument potwierdzający realizację obowiązku.
10. Przyjmuję obowiązek poddania się sprawdzianowi wiedzy i umiejętności. Przyjmuję do wiadomości, że negatywny wynik sprawdzianu skutkować może rozwiązaniem umowy w trybie natychmiastowym.
11. Oświadczam, że złożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.
12. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych w procesie ofertowania (zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018r o Ochronie Danych Osobowych, (tekst jednolity: Dz. U. 2018 r. poz. 1000) oraz Rozporządzenia o ochronie danych osobowych dziennik urzędowy Unii Europejskiej L119 4 maja 2016.
13. Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych, nie jestem skazany prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe, nie widnieję w rejestrze przestępców seksualnych.

Zamawiający zastrzega sobie możliwość weryfikacji złożonych oświadczeń poprzez żądanie przedstawienia dokumentów źródłowych.

Data: .....

Podpis Oferenta: .....