Oferta

I. Dane Oferenta:

1. Imię i Nazwisko .....
2. Imiona rodziców .....
3. Adres do korespondencji .....

.....

4. Nazwa i adres firmy, pod którą prowadzona jest działalność:

.....

.....

5. Adres e-mail .....
6. Nr telefonu .....
7. Obecne miejsce zatrudnienia .....
8. □ Staż pracy w zawodzie ogółem .....

   □ Staż pracy przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w okresie ostatnich 6 lat.....

   □ Staż pracy w zespole ratownictwa medycznego/lotniczym zespole ratownictwa medycznego zgodnie Ustawą o PRM Dz. U. 2017 poz. 2195 z późn. zm. art. 36 ust. 5 .....

9. Wykształcenie kierunkowe.....
10. NIP .....
11. REGON .....
12. PESEL.....

Przedmiot oferty:

Oferta dotyczy postępowania konkursowego ogłoszonego przez:

Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach
ul. Powstańców 52
40-024 Katowice
w przedmiocie udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne wykonywane przez:

ratowników medycznych *zaznaczyć właściwe	
ratowników medycznych z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych *zaznaczyć właściwe	

Cena udzielania świadczeń zdrowotnych:
Oferowana cena: za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:
a) z tytułu udzielania świadczeń określonych umową w systemie PRM jako ratownik medyczny w wysokości ..... brutto za 1 godzinę zarówno w dni robocze, niedziele, święta, inne dni wolne od pracy i porę nocną,
b) z tytułu udzielania świadczeń określonych umową w systemie PRM jako ratownik medyczny z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych (kierujący pojazdem) w wysokości .....brutto za 1 godzinę zarówno w dni robocze, niedziele, święta, inne dni wolne od pracy i porę nocną.
c) z tytułu udzielania świadczeń określonych umową w systemie PRM jako kierownik zespołu ratownictwa medycznego (zespołu typu P) w wysokości ..... brutto za 1 godzinę zarówno w dni robocze, niedziele, święta, inne dni wolne od pracy i porę nocną,
d) z tytułu udzielania świadczeń określonych umową w zespołach transportu sanitarnego oraz podczas zabezpieczenia medycznego (jako ratownik medyczny z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych kierujący pojazdem, ratownik medyczny) w wysokości ..... brutto za 1 godzinę zarówno w dni robocze, niedziele, święta, inne dni wolne od pracy i porę nocną,

Dyspozycyjność: Liczba proponowanych godzin w wymiarze ..... miesięcznie.

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne:

od dnia ..... do dnia .....

II. Potwierdzenie spełnienia wymagań formalno – prawnych

W załączeniu przedkładam:

- □ wypełniony formularz oferty, przedstawiony przez Udzielającego Zamówienia
- □ kserokopię dokumentu potwierdzającego wpis do CEIDG
- □ prawo jazdy kat. B
- **dokumenty dot. kwalifikacji zawodowych osoby, która będzie udzielała świadczeń zdrowotnych :**
  - □ dyplom ukończenia szkoły oraz dokumenty określone w Ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym, wymagane do wykonywania zawodu ratownika medycznego.
    (dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownik medyczny; karty doskonalenia zawodowego, dodatkowe kursy i szkolenia);
  - □ dokumenty potwierdzające co najmniej 5-letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, zgodnie Ustawą o PRM Dz. U. 2017 poz. 2195 z późn. zm. art. 36 ust. 5
  - □ dokumenty potwierdzające spełnienie wymagań określonych w art. 10 h Ustawy o PRM Dz. U. 2017 poz. 2195 z późn. zm.
  - □ orzeczenie lekarskie wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania przedmiotu umowy
  - □ zezwolenie na kierowanie pojazdami uprzywilejowanymi *jeśli dotyczy
  - □ karty przebiegu doskonalenia zawodowego ratownika medycznego z poprzedniego i obecnego okresu edukacyjnego
  - □ zaświadczenie z Działu Zarządzania Flotą potwierdzające odbycie instruktażu stanowiskowego *jeśli dotyczy
  - □ kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej dobrowolnego ubezpieczenia OC.

III. Potwierdzenie przyjęcia do wiadomości warunków ustaleń, które są w projekcie umowy

Niniejszym przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na warunki i ustalenia, które zawarte są w projekcie umowy.

IV. Inne ustalenia, które Oferent proponuje wprowadzić do zapisu w projekcie umowy

nie kolidujące z zapisami zawartymi w „Szczegółowych Warunkach Konkursu". Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do nieuwzględniania zgłoszonych propozycji.

.....

Oferta z załącznikami zawiera łącznie: .....ponumerowanych stron.

.....
podpis osoby uprawnionej

załącznik nr 1

1. OŚWIADCZENIA:

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam(em) się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
2. Zapoznałam(em) się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu oraz Regulaminem postępowań konkursowych o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w Wojewódzkim Pogotowiu Ratunkowym w Katowicach.
3. Zapoznałem się z rodzajem zamawianych świadczeń zdrowotnych.
4. Przyjmuję warunki umowy według projektu stanowiącego załącznik nr 2 do Szczegółowych Warunków Konkursu.
5. Posiadam wiedzę, umiejętności i uprawnienia do realizacji zamówienia oraz udzielam świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, zasadami etyki zawodowej, w sposób rzetelny oraz z należytą starannością.
6. Spełniam wymagania zdrowotne określone w obowiązujących przepisach.
7. Samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym oraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
8. Wyrażam wolę zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, na zasadach określonych w art. 26 i 27 ustawy o Działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. 2018 r., poz. 160) i Regulaminem postępowania konkursowego o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Katowicach.
9. Przyjmuję obowiązek zawarcia umowy dobrowolnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, oraz dostarczania jej najpóźniej w dniu zawarcia umowy oraz terminowego dokumentowania, wobec Udzielającego Zamówienia.
10. Pełnię * Nie pełnię * ***(niepotrzebne skreślić)*** funkcji kierowniczych lub organizacyjnych u przedsiębiorcy prowadzącego konkurencyjną względem Udzielającego Zamówienia działalność gospodarczą polegającą na organizowaniu lub świadczeniu usług zdrowotnych w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia powodujących zagrożenie życia, organizowaniu lub wykonywaniu usług transportu sanitarnego, a także organizowaniu lub świadczeniu innych usług dotyczących ochrony zdrowia, wykonywanych przez Udzielającego Zamówienia.
11. Złożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.

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

12. Świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście.
13. Posiadam uprawnienia i kwalifikacje wynikające z dokumentów załączonych do oferty.

.....
(data, podpis oferenta, pieczęć)

załącznik nr 2

Katowice, dnia .....

Dział Zarządzania Flotą
Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Katowicach
41-800 Zabrze, ul. Roosevelta 123
tel. 032 4287386

Zaświadczenie

W dniu ..... z Panem/Panią ..... została przeprowadzona rozmowa instruktażowa z zakresu prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego.

.....
podpis Kierownika Działu Zarządzania Flotą