

załącznik nr 1  
do „Materiałów informacyjnych o przedmiocie konkursu ofert na świadczenia zdrowotne na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych i ratowników medycznych – kierowników w zespołach transportu sanitarnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Słupcy”

Słupca, dnia .....

**p.o. DYREKTOR**  
Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sł

**dr n. med. Rafał Spachar**  
specjalista \_drowia public\_ neg:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słupcy**  
**ul. Traugutta 7**  
**62-400 Słupca**

### OFERTA

w postępowaniu konkursowym na świadczenia zdrowotne na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych i ratowników medycznych kierowników w zespołach transportu sanitarnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Słupcy.

1. Imię i nazwisko, miejsce zamieszkania

.....  
.....

2. Nazwa firmy, Oferenta, adres

.....  
.....

3. Nr telefonu kontaktowego .....

4. Adres e-mail .....

5. Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej.....

Organ dokonujący wpisu .....

6. Numer Regon .....

7. Numer NIP .....

8. Proponowana cena za 1 godzinę udzielania świadczeń .....

9. Oświadczam, że na dzień składania oferty wykonuję świadczenia ratownika medycznego w zakresie objętym konkursem w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Słupcy - TAK/NIE\*

10. Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu .....

11. Deklaruję gotowość świadczenia usług w Izbie Przyjęć/ w transporcie sanitarnym Udzielającego Zamówienie/ w ramach zabezpieczeń medycznych imprez masowych\*\*

.....  
(podpis)

\* niepotrzebne skreślić

\*\* właściwe podkreślić

**Załączniki:**

1. Wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej potwierdzający wykonywanie działalności gospodarczej w formie indywidualnej praktyki - zał. nr 1,
2. Kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu ratownika medycznego, którą będzie realizować przedmiot konkursu (dyplom ukończenia studiów wyższych, uzyskanie tytułu licencjata lub dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownik medyczny albo dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownik medyczny – zał. nr 2,
3. Kopia polisy OC lub złożone oświadczenie o przedłożeniu polisy w ramach indywidualnej praktyki - zał. nr 3,
4. Aktualne zaświadczenie lekarskie o zdolności do realizacji przedmiotu umowy lub oświadczenie o przedłożeniu takiego zaświadczenia - zał. nr 4,
5. Przebieg dotychczasowej pracy zawodowej lub życiorys - zał. nr 5,
6. Kserokopię dokumentów potwierdzających posiadane uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych – zał. nr 6
7. Zaświadczenie potwierdzające odbycie szkolenia bhp.
8. Oświadczenie Oferenta – zał. nr 7.

*UWAGI:*

W przypadku gdy oferent nie przedstawi wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty

W przypadku konieczności kontaktu komisji konkursowej w sprawach dotyczących niniejszego konkursu wyrażam zgodę na przesyłanie przez komisję konkursową korespondencji w formie cyfrowej na adres poczty e mail podanej powyżej w ofercie.

Podpis oferenta dotyczący zgody na korespondencję cyfrową

.....  
(miejscowość i data)

### OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, iż zapoznałem się z dokumentacją konkursową tj.
  - treścią ogłoszenia,
  - materiałami informacyjnymi,
  - regulaminem konkursu,
  - projektem umowyi nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
3. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będę wykonywać w siedzibie Udzielającego Zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienia.
4. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej i zobowiązuję się do jej przedłożenia w związku z udzielaniem świadczeń medycznych zgodnie z obowiązującymi przepisami najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy (nie dotyczy w przypadku przedłożenia kopii aktualnej polisy jako załącznik do oferty).
5. Oświadczam, że zobowiązuję się do przedłożenia aktualnego zaświadczenia lekarskiego o zdolności do realizacji przedmiotu umowy w zakresie objętym konkursem najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy. (nie dotyczy w przypadku przedłożenia kopii aktualnego zaświadczenia jako załącznika do oferty).
6. Oświadczam, że zobowiązuję się (w przypadku przyjęcia mojej oferty) do podpisania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu.
7. Wyrażam zgodę na doręczanie oświadczeń i zawiadomień za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, bez zachowania wymogów dotyczących podpisu elektronicznego w rozumieniu art. 3 pkt 10 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 z dnia 23 lipca 2014 r. w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym oraz uchylającego dyrektywę 1999/93/WE (Dz.Urz. UE L 257 z 28.08.2014, str. 73) oraz zobowiązuję się niezwłocznie potwierdzić doręczenie pisma na wskazany przeze mnie adres, jednak nie później niż do końca dnia roboczego następującego po dniu, w którym przekazano oświadczenie lub zawiadomienie.
8. Wyrażam zgodę na wprowadzenie moich danych osobowych do bazy danych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Słupcy i przetwarzanie ich dla potrzeb własnych podmiotu, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. z 2016 roku poz. 922) oraz rozporządzenia parlamentu Europejskiego i Rady 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

.....  
Podpis oferenta