Załącznik nr 1 do SWKO

#### OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

**NR POSTĘPOWANIA 4/2021**

* + - 1. **Dane oferenta (*wypełnić albo pkt A, albo pkt B*)**

**A. Podmiot leczniczy**

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego.....................................................................................................

...................................................................................................................................................................

Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych..................................... nr KRS.............................................

Pełnomocnik .......................................................... kontakt (tel: ..........................................................., e-mail: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..)

NIP: ………………………………………………. REGON: ………………………………………………………………………………………

B. Oferta indywidualna – w ramach prowadzonej działalności gospodarczej

Imię i nazwisko ................................................................……………………………….....................…………….…

Imię ojca: ………………………………………………………… imię matki: ………………………………………………………………

Nazwa prowadzonej działalności: .............................................................................................................

adres prowadzonej działalności: ………………………………………………………………………………………………………….

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

adres zamieszkania (*wypełnić, jeśli jest inny niż powyżej*):

miejscowość............................................................ kod pocztowy: ………………....................................... ulica.................................................................................................nr.......................................................

e-mail.........................................................telefon do kontaktu................................................................

PESEL ........................................................................

NIP ............................................................................

REGON.......................................................................

Nr rachunku bankowego: .........................................................................................................................

Posiadane kwalifikacje/ ukończone kursy (należy dołączyć kopie dyplomów, certyfikatów itp. potwierdzone „za zgodność z oryginałem”):

Dyplom ukończenia:..........................................................................................................................

Inne:..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**2. Zakres świadczeń**

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zespołach wyjazdowych Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. *(odpowiednie zaznaczyć)*:

* ZRM Malbork (powiat malborski, w tym Nowy Staw)
* ZRM Nowy Dwór Gdański (powiat nowodworski, w tym Stegna)

**Deklaruję gotowość do pełnienia dyżurów poza ustalonym grafikiem w sytuacjach losowych, według zapotrzebowania Udzielającego zamówienia *(odpowiednie zaznaczyć)*:** tak / nie

**Posiadam doświadczenie w PRM *(odpowiednie zaznaczyć)*:**

* Do 5 lat ( w tym min. 1 rok ciągłości w systemie PRM)
* 5 lat i powyżej ( w tym min. 1 rok ciągłości w systemie PRM)

**3. Oferta cenowa**

Za realizację świadczeń zdrowotnych oczekuję należności w wysokości (odpowiednie wypełnić)**:**

* ZRM Malbork: .............................................. zł (brutto)/godz.\*
* ZRM Nowy Dwór Gdański: ........................... zł (brutto)/godz.\*

*\*Uwaga: stawka powyższa dot. stawki podstawowej (bez dodatków wynikających z Rozporządzeń Ministra Zdrowia i innych przysługujących w ramach stanowiska).*

1. **Termin świadczenia usług**

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia 01.02.2021r. do 31.01.2023r.

1. **Oświadczenie**

Świadomy odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 kk w związku z treścią art. 233 § 6 kk składając ofertę do postępowania konkursowego na świadczenie usług medycznych, niniejszym:

1. Oświadczam, że nie jestem karany za przestępstwa umyślne, zawodowe, skarbowe.
2. Oświadczam, że jestem wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEDIG).
3. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.
4. Oświadczam, ze wobec oferenta został spełniony obowiązek informacyjny wynikający z RODO.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie tych danych na potrzeby przeprowadzenia niniejszego postępowania jak i wykonanie obowiązków wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa w tym RODO.
6. Oświadczam, że obecnie pracuję w:

a. ................................................................................................................................................

na podstawie stosunku pracy\*, umowy cywilno-prawnej\*

b. ...................................................................................................................................................

na podstawie stosunku pracy\*, umowy cywilno-prawnej\*,

*\*Niewłaściwe skreślić*

Oświadczam, że wymagane w konkursie dokumenty (ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY) \*\*:

........................................................................................................

........................................................................................................

........................................................................................................

........................................................................................................

........................................................................................................

........................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………

........................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………

znajdują się w posiadaniu Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku i na dzień składania niniejszej oferty są aktualne.

*\*\*Wypełnić jeśli dotyczy*

Malbork, dnia ........................................... ............................................

podpis oferenta

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. Kopia dyplomu potwierdzającego kwalifikacje uprawniające do wykonywania zawodu ratownika medycznego,
2. Aktualna polisa ubezpieczeniowa OC (minimalna suma gwarancyjna wynosi 25.000 euro na jedno zdarzenie i 25.000 euro na wszystkie zdarzenia dla ratownika medycznego - kierowcy wykonującego działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej) pokrywająca okres wykonywania usług lub pisemne oświadczenie o gotowości jej zawarcia w terminie rozpoczęcia świadczenia usług (kopia).
3. Prawo jazdy minimum kategorii B (kopia)
4. Uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych określonych w ustawie Prawo o ruchu drogowym (kopia)
5. Aktualne orzeczenie psychologiczne o braku przeciwwskazań do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych (kopia)
6. Aktualne orzeczenie lekarskie wydane przez uprawnionego lekarza o braku przeciwwskazań do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych (kopia)
7. Aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na stanowisku ratownika medycznego, wydane przez lekarza medycyny pracy (kopia)
8. Podpisana za zgodność z oryginałem kopia książeczki doskonalenia zawodowego ratownika medycznego.