

.....
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)
.....

.....
Adres podmiotu, **czytelnie telefon, czytelnie adres e-mail**
.....

.....
Rodzaj rejestru, NIP, REGON

**Oferta
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zespołach ratownictwa medycznego Pogotowia Ratunkowego Szpitala
Powiatowego w Chrzanowie
przez lekarzy systemu**

**CZEŚĆ PRZEZNACZONA DLA OFERENTÓW WYKAZUJĄCYCH JEDNĄ OSOBĘ DO
REALIZACJI ŚWIADCZEŃ (W TYM PRZEDSIĘBIORCÓW PROWADZĄCYCH
JEDNOOSOBOWĄ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ)**

1. Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zespołach wyjazdowych Pogotowia Ratunkowego Szpitala Powiatowego w Chrzanowie
2. **Za realizację świadczeń zdrowotnych w dni robocze, soboty, niedziele i święta oczekuję wynagrodzenia w kwocie zł brutto za 1 (jedną) przepracowaną godzinę (kwota zawiera 30% dodatek wyjazdowy za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zespołach Wyjazdowych).**
3. Do oferty dołączono dokumenty (zaznaczyć dołączone dokumenty):

Lp.	Dokumenty	Należy zaznaczyć znakiem „X” dołączone dokumenty
1.	Aktualny odpis z właściwego rejestru, albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej lub wypis z rejestru podmiotów leczniczych oraz wyciąg z KRS. - ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY	
2.	Dokumenty potwierdzające posiadanie kwalifikacji.	
a	dyplom ukończenia wyższych studiów medycznych	
b	prawo wykonywania zawodu	
c	dyplom posiadanej specjalizacji (jeżeli Oferent ją posiada)	
d	zaświadczenie o rozpoczęciu specjalizacji (jeżeli Oferent ją odbywa)	
3.	Zezwolenie z Izby Lekarskiej na prowadzenie praktyki lekarskiej	
4.	Aktualne badania lekarskie na stanowisko ratownika medycznego/pielegniarki systemu - ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY - wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
5.	Aktualna polisa OC i NNW - ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY	
6.	Kserokopie ważnych dokumentów świadectw wymienionych poniżej - ZAŁĄCZNIKI NIEOBOWIĄZKOWE - wymagane kserokopie opisane klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
a	Certyfikat ERC ALS lub równoważny	

b	Certyfikat ERC EPALS lub równoważny	
c	Certyfikat ERC NLS lub równoważny	
d	Certyfikat ERC ETC/ITLS lub równoważny	
e	Certyfikat stosowania ultrasonografii w ZRM	
7.	Zaświadczenie o zachowanej ciągłości pracy polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespołach ratownictwa medycznego, lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych, dyspozytorni medycznej w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub zaświadczenie o przepracowaniu min. 500 h w ostatnich 6 miesiącach ZAŁĄCZNIK NIEOBOWIĄZKOWY	
8.	Oświadczenie Oferenta - ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY	

4. Składam następującą deklarację swojej dyspozycyjności, która w miarę potrzeb Zamawiającego będzie egzekwowana. Deklaruję świadczenie liczby godzin pracy na (zaznaczyć właściwe pole znakiem „X”):

24-96 godzin miesięcznie	
97-120 godzin miesięcznie	
121-184 godzin miesięcznie	
powyżej 185 godzin miesięcznie	

5. Oświadczam, że zapoznałam (-em) się z treścią ogłoszenia o Konkursie ofert, Regulaminem przeprowadzania Konkursu ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....
miejsce i data

.....
podpis Oferenta,
bądź osoby upoważnionej

CZEŚĆ PRZEZNACZONA DLA OFERENTÓW WYKAZUJĄCYCH WIĘCEJ NIŻ JEDNĄ OSOBĘ DO REALIZACJI ŚWIADCZEŃ (NP. PODMIOTÓW LECZNICZYCH)

1. Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zespołach wyjazdowych Pogotowia Ratunkowego Szpitala Powiatowego w Chrzanowie.
2. **Za realizację świadczeń zdrowotnych w dni robocze, soboty, niedziele i święta oczekuję wynagrodzenia w kwocie ... zł brutto za 1 (jedną) przepracowaną godzinę każdej wskazanej osoby (kwota zawiera 30% dodatek wyjazdowy za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zespołach Wyjazdowych).**
3. Do oferty dołączono dokumenty podmiotu leczniczego (zaznaczyć dołączone dokumenty):

Lp.	Dokumenty	Należy zaznaczyć znakiem „X” dołączone dokumenty
1.	Aktualny odpis z właściwego rejestru, albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej lub wypis z rejestru podmiotów leczniczych oraz wyciąg z KRS. – ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY	
2.	Oświadczenie Oferenta – ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY	
3.	Wykaz osób wraz dokumentami potwierdzającymi deklarowane informacje przez Oferenta	

4. Wykaz osób:

Lp.	Imię i Nazwisko
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
...	

5. Do każdej powyżej wskazanej osoby należy dołączyć poniższy uzupełniony formularz, a za nim dokumenty potwierdzające deklarowane informacje zawarte w formularzu. (zaznaczyć dołączone dokumenty):

Lp.	Dokumenty	Należy zaznaczyć znakiem „X”
	

	(imię i nazwisko)	dołączone dokumenty
2.	Dokumenty potwierdzające posiadanie kwalifikacji.	
a	dypłom potwierdzający posiadanie kwalifikacji	
b	prawo wykonywania zawodu	
c	dypłom posiadanej specjalizacji (jeżeli Oferent ją posiada)	
f	zaświadczenie o rozpoczęciu specjalizacji (jeżeli Oferent ją odbywa)	
3.	Aktualne badania lekarskie na stanowisko ratownika medycznego/pielęgniarki systemu – ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY – wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
4.	Aktualna polisa OC i NNW – ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY	
7.	Kserokopie ważnych dokumentów świadectw wymienionych poniżej – ZAŁĄCZNIKI NIEOBOWIĄZKOWE – wymagane kserokopie opisane klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
a	Certyfikat ERC ALS lub równoważny	
b	Certyfikat ERC EPALS lub równoważny	
c	Certyfikat ERC NLS lub równoważny	
d	Certyfikat ERC ETC/ITLS lub równoważny	
e	Certyfikat stosowania ultrasonografii w ZRM	
8.	Zaświadczenie o zachowanej ciągłości pracy polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespołach ratownictwa medycznego, lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych, dyspozytorni medycznej w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub zaświadczenie o przepracowaniu min. 500 h w ostatnich 6 miesiącach ZAŁĄCZNIK NIEOBOWIĄZKOWY	
9.	Składam następującą deklarację dyspozycyjności, która w miarę potrzeb Udzielającego Zamówienie będzie egzekwowana. Deklaruję świadczenie liczby godzin pracy na	
a	24-96 godzin miesięcznie	
b	97-120 godzin miesięcznie	
c	121-184 godzin miesięcznie	
d	powyżej 185 godzin miesięcznie	

6. Oświadczam, że zapoznałam (-em) się z treścią ogłoszenia o Konkursie ofert, Regulaminem przeprowadzania Konkursu ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....
miejsce i data

.....
podpis Oferenta,
bądź osoby upoważnionej