



MIEJSKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W GDYNI
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
81-394 Gdynia, ul. Żwirki i Wigury 14

Załącznik nr 1A do SWKO

FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
PRZEZ

- 1) RATOWNIKA MEDYCZNEGO / PIELĘGNIARKĘ SYSTEMU (kobietę/mężczyznę)
lub
- 2) RATOWNIKA MEDYCZNEGO / PIELĘGNIARKĘ SYSTEMU (kobietę/mężczyznę)
z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych

W ZESPOŁACH RATOWNICTWA MEDYCZNEGO w MSPR Gdynia SP ZOZ

(dotyczy PODMIOTU LECZNIEGO innego niż JDG)

1. Dane oferenta

NAZWA OFERENTA (zgodnie z KRS)	
ADRES PODMIOTU LECZNICZEGO, KOD POCZTOWY, ULICA, MIEJSCOWOŚĆ	
ADRES KORESPONDENCYJNY	
KRS	
NIP	
REGON	
NR TEL.	
ADRES E- MAIL	
NAZWA BANKU, NR KONTA	



MIEJSKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W GDYNI
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
81-394 Gdynia, ul. Żwirki i Wigury 14

2. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych jako Podmiot Leczniczy w zakresie*

Ratownik medyczny/ pielęgniarka systemu w charakterze kierownika ZRM i członka ZRM	
Ratownik medyczny/ pielęgniarka systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych w charakterze kierowcy ZRM, kierownika ZRM, członka ZRM	

***właściwe oznaczyć X (tylko jedna pozycja)**

3. Proponuję zryczałtowaną stawkę za 1 godzinę/osobę realizacji świadczeń:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych jako: <ul style="list-style-type: none">• ratownika medycznego/ pielęgniarki systemu w ZRM S /P lub• ratownika medycznego/ pielęgniarki systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych w ZRM S /P (odpowiednio w przyjętych zakresach) (wartość w PLN) *
---	-----------------------------------

***Zamawiający zastrzega sobie prawo do podjęcia negocjacji z oferentami w zakresie oferowanej ceny.**

4. Wykaz osób wraz z kwalifikacjami do realizacji świadczeń zdrowotnych, zgodnie z przedmiotem konkursu, wymaganych dla personelu medycznego, wskazanego przez Oferenta **

Imię i nazwisko/ Pesel	Tytuł zawodowy/ Dyplom	Nr prawa wykonywania zawodu (jeśli dotyczy)	Specjalizacja/ Zaświadczenie	Ilość godzin*	Doświadczenie zawodowe (lata)	Doświadczenie kierowcy (lata)- (jeśli dotyczy)	Uwagi (w tym nr telefonu)

***Minimalna liczba godzin wymagana przez Udzielającego Zamówienia 60 godz./miesięcznie/osoba**
Należy wskazać wartość maksimum godzin w przedziale 60-240. Wskazanie ilości godzin ponad 240 nie podlega dodatkowej punktacji

**** W przypadku potrzeby wykazania większej ilości osób należy powyższe dane dołączyć w załączeniu do formularza ofertowego (w zestawieniu tabelarycznym wg wzoru jak powyżej).**

5. Do oferty załączam kopie dokumentów i/lub oryginały oświadczeń odpowiednio Oferenta oraz personelu Oferenta, wskazanego w pkt. 4 (zaznaczyć X):

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe ratownika medycznego /pielęgniarki |
| <input type="checkbox"/> prawa wykonywania zawodu - dotyczy pielęgniarki systemu |
| <input type="checkbox"/> kursu kwalifikacyjnego / specjalizacji – dotyczy pielęgniarki systemu |



MIEJSKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W GDYNI
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
81-394 Gdynia, ul. Żwirki i Wigury 14

☐ zaświadczenia lekarskie - orzeczenie lekarskie (profilaktyka) wraz z orzeczeniem lekarskim do celów sanitarno-epidemiologicznych

☐ zaświadczenie o przeszkoleniu w zakresie BHP i P/poż.

☐ kopię prawa jazdy- dot. zakresu nr 2 wraz z oświadczeniem zawartym w załączniku nr 4a (wymagane, jeśli dotyczy danego Oferenta/personelu medycznego Oferenta)

☐ kopię pozwolenia na prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych- dot. zakresu nr 2 wraz z oświadczeniem zawartym w załączniku nr 4a (wymagane, jeśli dotyczy danego Oferenta /personelu medycznego Oferenta)

☐ oświadczenie w przedmiocie wyrażenia zgody na wystąpienie MSPR w Gdyni SP ZOZ do właściwego Wojskowego Centrum Rekrutacji (załącznik nr 4a – jeśli dotyczy danego Oferenta)

☐ kopię aktualnej Karty Doskonalenia Zawodowego – jeśli dotyczy Oferenta / personelu medycznego Oferenta (ratownika medycznego)

☐ kopia certyfikatu ALS/ACLS certyfikowanego przez ERC/AHA

☐ kopia certyfikatu EPLS/PALS/NLS certyfikowanego przez ERC/AHA

☐ kopia certyfikatu ITLS/ETC/PHTLS

(powyższe jeśli dotyczy Oferenta / personelu medycznego Oferenta)

OPCJONALNIE* :

☐ pisemna opinia na druku Udzielającego zamówienia - stanowi odpowiednio załącznik nr 6 lub 6A

* nie dotyczy osób wcześniej zatrudnionych lub realizujących świadczenia na podstawie umów cywilnoprawnych w MSPR w Gdyni SP ZOZ. W przypadku personelu medycznego Oferenta wskazanego w pkt. 4 niniejszego formularza – opinię wydaje Oferent lub inny podmiot medyczny.

6. Do oferty załączam kopie / oryginały dokumentów Oferenta:

☐ polisy ubezpieczeniowej OC w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych podmiotu leczniczego – zgodnie z aktualnym rozporządzeniem MZ w tym zakresie

☐ polisy ubezpieczeniowej OC w zakresie ochrony mienia

☐ polisy ubezpieczeniowej OC w zakresie kierowania pojazdami / pojazdami uprzywilejowanymi w ruchu – OC Kierowcy (dot. zakresu nr 2)

☐ wpis do Krajowego Rejestru Sądowego (aktualny wydruk – wygenerowany nie wcześniej niż 21 dni roboczych przed datą złożenia oferty)

☐ wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (aktualny wydruk – wygenerowany nie wcześniej niż 21 dni roboczych przed datą złożenia oferty)

7. Oświadczam, że:

- 1) Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert, SWKO oraz projektem umowy, akceptuję ich treść oraz nie wnoszę zastrzeżeń.
- 2) Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienia, w okresie objętym terminem związania ofertą.
- 3) Zobowiązuję się do niepodwyższania ceny za realizację świadczeń przez okres trwania umowy.



MIEJSKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W GDYNI
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
81-394 Gdynia, ul. Żwirki i Wigury 14

- 4) Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych przez Strony – zgodnie z harmonogramem ustalonym indywidualnie przez Udzielającego zamówienia i personel Oferenta realizujący świadczenia/Przyjmującego zamówienie.
- 5) Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych przez minimalną ilość godzin wymaganą przez Udzielającego zamówienia oraz zgodnie z deklarowaną ilością godzin wskazaną w formularzu ofertowym, oraz projektem umowy.
- 6) Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, wymagane Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty tj. wpis do KRS oraz wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
- 7) Posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi, niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz pozostaję w sytuacji zapewniającej należyte wykonanie zamówienia (oświadczam, że dysponuję osobami zdolnymi do wykonania zamówienia wraz z imiennym wykazem tych osób oraz ich kwalifikacji zgodnie z pkt. 4 i 5 niniejszego formularza ofertowego).
- 8) Posiadam wymagane ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (dokumentacja w załączeniu).
- 9) Składam oświadczenie o dobrowolnym przekazaniu kopii dokumentów, dotyczących kierowcy ambulansu osób uprawnionych Oferenta/personelu medycznego Oferenta – dotyczy zakresu nr 2 (**załącznik nr 4A do SWKO**).
- 10) Składam oświadczenie w zakresie wyrażenia woli w związku z obowiązkami informacyjnymi, Udzielającego zamówienia w zakresie obronności państwa - **jeśli dotyczy Oferenta (załącznik nr 4A do SWKO)**.
- 11) Podmiot znajduje się w sytuacji prawnej umożliwiającej udział w postępowaniu / zawarcie umowy - **zgodnie ze złożonym odrębnym oświadczeniem (załącznik nr 5A do SWKO)**.
- 12) Zapoznałam / -em się z Klauzulą Informacyjną w zakresie przetwarzania danych osobowych - **zgodnie ze złożonym odrębnym oświadczeniem (załącznik nr 3 do SWKO)**.
- 13) Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
- 14) Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty.
- 15) Oferent oświadcza, że samodzielnie rozlicza się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.
- 16) W przypadku pozostawania w zatrudnieniu w Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Gdyni SP ZOZ na podstawie stosunku pracy lub udzielania świadczeń w ramach umowy cywilnoprawnej w zakresie pokrywającym się z przedmiotem konkursu, oświadczam, że z chwilą podpisania umowy o świadczenie usług zdrowotnych złożę pismo o rozwiązanie łączącej mnie z MSPR w Gdyni SP ZOZ umowy za porozumieniem stron – **jeśli dotyczy Oferenta**.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Oferenta – reprezentacja zgodna z KRS /
upoważnionego przedstawiciela**

**) Przedstawiciel Oferenta załącza stosowne pełnomocnictwo w oryginale, uwierzytelnione przez notariusza lub przez mocodawcę.