

## OFERTA

W związku z konkursem ofert ogłoszonym w dniu 08.03.2018 r. przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku składam ofertę na **wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ratownictwa medycznego przez ratowników medycznych lub ratowników medycznych/kierowców w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Leżajsku.**

### 1. Dane o ofercie

Imię i nazwisko Oferenta / Nazwa \_\_\_\_\_

Adres / Siedziba \_\_\_\_\_

NIP \_\_\_\_\_ REGON \_\_\_\_\_ Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_

### 2. Przedmiot oferty

Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych lub ratowników medycznych/kierowców w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym będą wykonywane zgodnie z zasadami określonymi w Szczegółowych warunkach konkursu i projekcie umowy i będą udzielane według harmonogramu ustalanego przez strony, w ilościach wynikających z potrzeb Udzielającego zamówienia.

Preferowana przez oferenta minimalna liczba godzin udzielania świadczeń w miesiącu: \_\_\_\_\_ godzin.

W imieniu Przyjmującego zamówienie świadczenia będą udzielane przez następujące osoby (należy podać imię i nazwisko oraz kwalifikacje):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Proponowany czas trwania umowy: od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

### 4. Cena oferty i warunki płatności

Proponuję następujące ceny brutto za 1 godzinę realizacji świadczeń:

\_\_\_\_\_

5. W przypadku nierozstrzygnięcia konkursu z powodu proponowanych wysokości stawek zgłaszam gotowość do przeprowadzenia negocjacji cenowych.

6. W przypadku wygrania konkursu przed podpisaniem umowy zobowiązuję się dostarczyć polisę ubezpieczenia OC.

7. Ceny określone w ofercie pozostaną bez zmian przez cały okres obowiązywania umowy.

### 8. Oświadczenia

a) Oświadczam, że nie byłem karany i nie toczą się przeciwko mnie postępowania karne.

b) Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu ofert na świadczenia zdrowotne oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń. Warunki konkursu akceptuję jako integralną część umowy.

c) Oświadczam, że spełniam wszystkie wymagania określone przez Udzielającego Zamówienia w Szczegółowych warunkach konkursu oraz zawarte w materiałach informacyjnych NFZ dotyczących odpowiedniego zakresu świadczeń i przyjmuję je bez zastrzeżeń.

d) Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

**9. Załączniki do oferty:** (wymienić niżej załączane do oferty zgodnie ze Szczegółowymi warunkami konkursu załączniki):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

.....  
Data

.....  
Piecątka i podpis oferenta