

Konkurs nr 11/2018

Załącznik nr 1a do SWKO

**FORMULARZ OFERTOWY do ogłoszenia z dnia 13.02.2018 r.
KONKURS NR 11/2018**

(Warunki lokalowe, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności
(jeśli dotyczy *zapewnia Udzielający zamówienia.*)

DANE OFERENTA:

Imię i Nazwisko:

Nazwa i adres prowadzenia działalności gospodarczej (zgodnie z CEIDG):
.....

Telefon, e-mail :

NIP:

REGON:

Oświadczam, że minimalna deklarowana ilość godzin, jaką zobowiązuje się świadczyć w okresie miesiąca wynosi 120 godzin.

Zobowiązuję się do pozostawiania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym Zamówienia.

KALKULACJA CENY:

Za realizację zamówienia proponuję wynagrodzenie wg poniższej kalkulacji:

Lp	Zadania w ramach kontraktu	Deklarowana maksymalna średniomiesięczna liczba godzin	Forma wynagradzania	Proponowana/y cena za 1 godzinę udzielania świadczeń
	1	2	3	4
1.	III.1. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu przez ratownika medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym		Stawka godzinowa	
2.	III.2. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu przez ratownika medycznego w zakresie asekuracji i transportu pacjentów na Oddziałach		Stawka godzinowa	

Zobowiązuję się do nie podwyższania ceny za realizację świadczeń przez okres trwania umowy.

*podana stawka – cena za godzinę winna być stała niezależnie od pory dnia oraz pracy w dzień powszedni, niedzielę lub święto

Oświadczam, że:

- 1) Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert oraz projektem umowy – nie wnoszę zastrzeżeń / wnoszę zastrzeżenia do umowy – wykaz w załączeniu*.
- 2) Zapoznałam/-em się z treścią Regulaminu przeprowadzania konkursu ofert oraz Szczegółowymi warunkami konkursu ofert.
- 3) Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, w tym dyplom potwierdzający kwalifikacje w zakresie ratownictwa medycznego, które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty (kserokopie) oraz wpis do CEIDG.
- 4) Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
- 5) Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty.
- 6) Posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w dniu podpisania umowy**.
- 7) Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym.
- 8) Zgłosiłam/-em swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.
- 9) Zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii dokumentu potwierdzającego ukończenie kurs BHP oraz stosownych zaświadczeń lekarskich.
- 10) Oświadczam, że nie byłam/-em karana/-y za przewinienia/przestępstwa umyślne.
- 11) Oświadczam, że w spółce Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. świadczę pracę/nie świadczę pracy**) na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej w zakresie pokrywającym się z przedmiotem konkursu. W przypadku pozostawania w zatrudnieniu 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 w wniosek o rozwiązanie łączącej mnie ze Spółką Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. umowy za porozumieniem stron.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oferenta / upoważnionego
przedstawiciela*** - wraz z pieczętką

***) niepotrzebne skreślić

***Przedstawiciel Oferenta załącza stosowne pełnomocnictwo

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez spółkę Szpitale Pomorskie Sp. z o.o., ul. Powstania Styczniowego 1 dla potrzeb niezbędnych do realizacji świadczeń medycznych określonych w ofercie/umowie, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016r., poz. 922). Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do treści moich danych oraz ich poprawiania.

.....
(data, podpis Oferenta / upoważnionego przedstawiciela Oferenta***)

***Przedstawiciel Oferenta załącza stosowne pełnomocnictwo



Konkurs nr 11/2018

Załącznik nr 1b do SWKO

KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES RATOWNICTWO MEDYCZNE		
KRYTERIUM	WAGA	Proszę przy odpowiednim przedziale wpisać deklarowaną liczbę godzin
1. DYSPOZYCYJNOŚĆ		
DEKLAROWANA minimalna LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU: (proszę wpisać konkretną liczbę godzin):		
120-140	1 pkt	
140-160	2 pkt	
160-180	3 pkt	
180-200	4 pkt	
Powyżej 200	5 pkt	

(data i podpis Oferenta (pieczętka) / upoważnionego przedstawiciela Oferenta)

.....
RAZEM LICZBA PUNKTÓW: