/załącznik nr 2/

 Węgorzewo, dn. .............................................

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

 imię i nazwisko/nazwa oferenta

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

 adres

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

**OFERTA**na udzielanie świadczeń zdrowotnych

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia Mazurskiego Centrum Zdrowia Szpitala Powiatowego w Węgorzewie P ZOZ z dnia 13.12.2021 r. o konkursie ofert w sprawie udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne.
2. Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Mazurskim Centrum Zdrowia Szpitalu Powiatowym w Węgorzewie P ZOZ w zakresie: .........................................................................................................................................................................................................................
.........................................................................................................................................................................................................................
.........................................................................................................................................................................................................................
3. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych

 **Dane oferenta**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa, siedziba oferenta(pieczątka jeśli posiada) |  |
| Imię i nazwisko |  |
| Numer prawa wykonywania zawodu |  |
| Nr telefonu komórkowego |  |
| Nazwa Banku i nr konta |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Adres mailowy |  |

Oferent posiada kwalifikacje:

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

1. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia:

|  |  |
| --- | --- |
|  | za 1 godzinę świadczenia usług w zakresie ratownika medycznego/pielęgniarka sytemu kierownika w zespole podstawowym 3 osobowym |
|  | za 1 godzinę świadczenia usług w zakresie ratownika medycznego/pielęgniarka sytemu w zespole podstawowym 3 osobowym  |
|  | za 1 godzinę świadczenia usług w zakresie ratownika medycznego/pielęgniarka sytemu kierowcy ambulansu w zespole podstawowym 3 osobowym |
|  | za 1 godzinę świadczenia usług w zakresie ratownika medycznego/pielęgniarka sytemu kierownika w zespole podstawowym 2 osobowym |
|  | za 1 godzinę świadczenia usług w zakresie ratownika medycznego/pielęgniarka sytemu kierowcy ambulansu w zespole podstawowym 2 osobowym |

1. W załączeniu do oferty należy przedłożyć kopie następujących dokumentów:
2. świadczenia wykonywane będą przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się
w dyspozycji udzielającego zamówienia,
3. nie wnoszę zastrzeżeń do treści ogłoszenia, projektu umowy oraz posiadam niezbędne informacje do

sporządzenia oferty, jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymaganiami ustawowymi,

1. posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania zadania oraz dysponuję odpowiednią wiedzą
i doświadczeniem a także możliwościami do wykonania zamówienia,
2. załączniki w postaci kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
* wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
* wpis do ewidencji działalności gospodarczej
* kopię statutu, odpis z KRS (jeśli dotyczy)
* dyplom ukończenia studiów medycznych
* dyplomy posiadanych specjalizacji lub karta specjalizacyjna
* dyplomy o posiadanych tytułach naukowych
* prawo wykonywania zawodu
* zaświadczenie lekarskie o zdolności do podjęcia świadczeń, wystawione przez lekarza medycyny pacy
* aktualne zaświadczenie o szkoleniu BHP (jeśli posiada)
* prawo jazdy kategorii B i C,
* aktualne zaświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdem uprzywilejowanym, wydane przez uprawnionego lekarza, odpowiednio do przepisu Art. 122 ust. 2 ustawy Prawo o ruchu drogowym, (w przypadku składania oferty na kierowanie pojazdem),
* aktualne zaświadczenie o braku przeciwwskazań psychologicznych do kierowania pojazdem uprzywilejowanym, wydane przez uprawnionego psychologa, odpowiednio do przepisu Art. 82 ust. 1 pkt 6 Ustawy z dnia 5 stycznia 2011r. o kierujących pojazdami, (w przypadku składania oferty na kierowanie pojazdem),
* zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym,
* potwierdzenie odbytych szczepień przeciwko WZW,

□ zostały złożone Udzielającemu Zamówienia przy zawarciu poprzedniej umowy i znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienia, a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie\*

□ lub stanowią załącznik do niniejszej oferty\*.

\*właściwe zaznaczyć

**UWAGA!**

Warunkiem podpisania umowy będzie przedstawienie aktualnej polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC

 …………………………………………………….

 Data i podpis oferent

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż wszystkie załączone dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla potrzeb rekrutacji, zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 roku (Dz. U. 2019 poz.1781).

………………………………………………

 Data i podpis oferenta