

Formularz oferty

- I. Instrukcja dla Oferenta :** 1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany, jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczetowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów wymienionych w Rozdziale I ust. 6 MI.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczętą Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone w oryginale do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Zaleca się, aby wszystkie strony Formularza oferty były paraflowane przez Oferenta.

II. Dane Oferenta:

Imię i nazwisko ratownika medycznego													
Rodzaj praktyki						Nr księgi rejestrowej							
Adres zamieszkania													
Kraj			Miejscowość										
Kod pocztowy			Poczta										
Ulica						Nr domu				Nr lokalu			
E-mail						telefon				fax			
Adres do korespondencji													
Kraj						Miejscowość							
Kod pocztowy			Poczta										
Ulica						Nr domu				Nr lokalu			
Działalność gospodarcza													
Nazwa firmy									Siedziba				
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)						-				-			-

III. Proponowana kwota wynagrodzenia i kryteria oceny punktowej:

A) Kryterium CENA (60% oceny, maksymalnie 60 pkt)

Oferuję wykonanie usług objętych przedmiotem konkursu zgodnie z wymogami określonymi w Materiałach Informacyjnych i szczegółowych warunkach konkursu za cenę:

..... zł brutto za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych.

B) Kryterium KWALIFIKACJE (WYKSZTAŁCENIE) (20% oceny, maksymalnie 20 pkt)

L.p.	Uzyskane kwalifikacje	Właściwe zaznaczyć „x”
1.	Dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownika medycznego albo dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownik medyczny
2.	Dyplom studiów na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne lub medycyna ratunkowa - tytuł zawodowy licencjata na tym kierunku (tej specjalności)
3.	Dyplom studiów na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne lub medycyna ratunkowa - tytuł zawodowy magistra na tym kierunku (tej specjalności)

Należy zaznaczyć jedną pozycję.

C) Kryterium DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE (20% oceny, maksymalnie 20 pkt)

L.p.	Staż i doświadczenie udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (etat lub kontrakt) trwający:	Właściwe zaznaczyć „x”
1.	Bez doświadczenia i poniżej 1 roku
2.	Od 1 roku do 3 lat
3.	Powyżej 3 lat

Należy zaznaczyć jedną pozycję. Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy.

IV. Oświadczenia:

1. Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert, Materiałami Informacyjnymi i szczegółowymi warunkami konkursu oraz projektem umowy, akceptuję ich treść oraz – nie wnoszę zastrzeżeń.
2. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia, w okresie objętym okresem związania ofertą. Przyjmuje do wiadomości, iż

w przypadku bezzasadnej odmowy podpisania umowy poniosę wobec Udzielającego zamówienia odpowiedzialność odszkodowawczą z tego tytułu.

3. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, wymagane Materiałami Informacyjnymi i szczegółowymi warunkami konkursu.
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. Zobowiązuję się do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach wyznaczonych przez Udzielającego zamówienia.
7. Posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie podpisania umowy*.
8. Posiadam ubezpieczenie NNW /zawrę umowę o odpowiedzialności NNW i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie podpisania umowy*.
9. Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym i ZUS-em.
10. Zgłosiłam/-łem swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.
11. Oświadczam, że nie byłam/-em karana/-y za przewinienia/przestępstwa umyślne.
12. Oświadczam, że w WSzS w Białej Podlaskiej świadczę pracę/nie świadczę pracy*) na podstawie stosunku pracy w zakresie tożsamym z przedmiotem konkursu. W przypadku pozostawania w zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy w zakresie pokrywającym się z przedmiotem konkursu, oświadczam, że z chwilą podpisania umowy o świadczenie usług zdrowotnych złożę w wniosek o rozwiązanie łączącej mnie z WSzS w Białej Podlaskiej umowy za porozumieniem stron.

V. Deklaruję następującą liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych ratownictwa medycznego w:

..... w wysokości: godzin w miesiącu.
(nazwa komórki organizacyjnej)

Miejscowość data.....

.....
(pieczęć i podpis Przyjmującego zamówienie
lub osoby upoważnionej)

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

* niepotrzebne skreślić

Załączniki:

Załącznik nr 1 – Oświadczenie - przebieg pracy zawodowej tożsamej z przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego (doświadczenie zawodowe)