

FORMULARZ OFERTOWY

na świadczenie usług transportu sanitarnego międzyszpitalnego z lekarzem/ ratownikami medycznymi

1. Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią ogłoszenia z dnia 01.12.2023 roku dotyczącego konkursu na świadczenie usług transportu sanitarnego międzyszpitalnego z lekarzem/ ratownikami medycznymi, Regulaminem udzielania zamówień na realizację świadczeń zdrowotnych oraz „Szczegółowymi warunkami”.

....., dnia
(miejscowość) (czytelny podpis)

.....
(Pełna nazwa oferenta – zgodna z właściwym rejestrem)

.....
(Adres prowadzenia działalności)

.....
(Numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu)

.....
(NIP, REGON, numer telefonu)

2. Usługi transportu medycznego międzyszpitalnego będą wykonywały następujące osoby posiadające odpowiednie uprawnienia (dotyczy lekarzy, ratowników medycznych i kierowców):

- a)
- b)
- c)
- d)

2. Oświadczam, że usługę będę realizował całodobowo.

3. Proponuję następującą stawkę:

..... zł brutto za realizację jednej godziny usługi w standardzie podstawowym, tzn. z usługą co najmniej dwóch ratowników medycznych i kierowcą, z odpowiednim wyposażeniem ambulansu;
..... zł brutto za realizację jednej godziny usługi w standardzie specjalistycznym (tj. w standardzie odpowiadającym specjalistycznemu zespołowi ratownictwa medycznego, z odpowiednim wyposażeniem ambulansu) z usługą lekarza i ratownika medycznego i kierowcą, oraz zł brutto za 1 km.

Czas realizacji usług będzie rozliczany w systemie minutowym.

4. W załączeniu przedstawiam n/w dokumenty:

a) kserokopię dokumentów potwierdzających posiadanie wymaganych kwalifikacji przez lekarzy, ratowników medycznych i kierowców przewidzianych do realizacji usług transportu sanitarnego międzyszpitalnego.

- b) kserokopię dokumentów potwierdzających wymagania sanitarne środka transportu, w szczególności kserokopie opisanych i stosowanych procedur postępowania w zakresie zapobiegania zakażeniom (procedury mycia i dezynfekcji środka transportu oraz znajdującego się tam sprzętu i wyposażenia, postępowania z odpadami medycznymi),
- c) kserokopię zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – dotyczy podmiotów leczniczych;
- d) kserokopię decyzji o nadaniu numeru NIP;
- e) kserokopię wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej z numerem Regon;
- f) oświadczenie o posiadaniu prawa własności lub prawa do dysponowania wskazanymi środkami transportu sanitarnego,
- g) wykaz proponowanych środków transportu (co najmniej dwóch) z określeniem marki pojazdu, modelu i numeru rejestracyjnego,
- h) oświadczenie, że środki transportu sanitarnego i wyposażenie przewidziane do realizacji usług oraz środki łączności spełniają wymagania techniczne, jakościowe, wyposażenie opisane w Polskiej Normie przenoszącej europejską normę, w obowiązujących przepisach i w „Szczegółowych warunkach”- zał. nr 1 do formularza ofertowego.

Oświadczam*, że w/w dokumenty zostały złożone do Udzielającego zamówienia w poprzednich postępowaniach konkursowych i zachowują swoją aktualność.

5. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej:

- a) Dołączam* kserokopię dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnej z art. 25 ust.1 pkt. 1) ustawy o działalności leczniczej, w okresie obowiązywania umowy.
- b) Oświadczam*, że w przypadku wyboru niniejszej oferty przedstawię polisę, o której mowa w pkt. a) do dnia 31.12.2023 roku.

Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji postępowania konkursowego zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781).

....., dnia.....
(miejscowość)

.....
(czytelny podpis)

* niepotrzebne skreślić

