

**FORMULARZ OFERTY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
„OFERTA” (RATOWNIK MEDYCZNY)**

I. DANE DOTYCZĄCE OFERENTA:

Pełna nazwa

Adres siedziby

NIP:.....REGON.....

Tel..... e-mail

II. PRZEDMIOT OFERTY / PROPONOWANA ILOŚĆ GODZIN ŚWIADCZEŃ W MIESIĄCU

Oferta dotyczy zamówienia na udzielanie świadczeń w zakresie

Ilość godzin świadczeń w miesiącu.....

III. PROPONOWANE WYNAGRODZENIE BRUTTO / za 1 godzinę

(słownie :.....)

IV. PROPONOWANY OKRES UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH.....**V. SKŁADAJĄCY OFERTĘ OŚWIADCZA, ŻE:**

1. zapoznał się z warunkami konkursu, treścią ogłoszenia oraz wzorem umowy i akceptuje ich treść;
2. wyraża zgodę na przetwarzanie, administrowanie, archiwizowanie moich danych osobowych w związku z postępowaniem konkursowym i w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń będących przedmiotem konkursu zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 roku, poz. 1000).

Ponadto składający ofertę oświadcza, że:

1. jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, posiada nadany numer REGON i NIP,
2. posiada uprawnienia niezbędne do wykonania usług objętych przedmiotem konkursu, w tym prawo wykonywania zawodu bez ograniczeń,
3. posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności w zakresie wymaganym obowiązującymi przepisami, w tym zakresie lub będzie posiadał ubezpieczenie na cały okres trwania umowy,
4. posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie wg wymagań konkursu.

VI. ZAŁĄCZNIKI:Wykaz załączników do oferty, które stanowią jej integralną część:

1. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (wydruk z CEIDG),
2. kserokopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje,
3. kserokopia aktualnej polisy OC potwierdzająca zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie wymaganym przepisami w tym zakresie lub oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia OC na okres obowiązywania umowy, a polisę dostarczyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania zadań,
4. pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta w przypadku, gdy Oferenta reprezentuje pełnomocnik,
5. oświadczenie o niekaralności za przestępstwa zawodowe lub umyślne,
6. kwestionariusz osobowy w celu uzyskania informacji z rejestru sprawców przestępstw na tle seksualnym,
7. aktualne zaświadczenie o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń będących przedmiotem konkursu (od lekarza medycyny pracy) – dostarczyć nie później niż w dniu podpisania umowy.
kserokopie należy poświadczyć za zgodność z oryginałem

Oferta została złożona na ponumerowanych kolejno stronach łącznie ze wszystkimi załącznikami wymaganymi przez Organizatora Konkursu.

Oświadczam, że wszelkie podane w ofercie informacje są prawdziwe.

.....
podpis składającego ofertę/pełnomocnika