***Nr postępowania: K/IB/3/2024 Załącznik nr 1***

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług RATOWNIKA MEDYCZNEGO   
na rzecz pacjentów w Izbie Przyjęć/oddziałach Psychiatrii Sądowej**

**czynny udział w pracy Grupy Interwencyjnej**

**Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia   
im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie**

**NAZWA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:**

Imię i Nazwisko:…………………….……………………………….…………………………………….…..…….

Firma*(jeśli dotyczy)*:………………………………………………………………………………………………….…

Adres: …………………………………………………………………………………………………………….….

……………………………………………………………………………………………….………………….…....

telefon: …………………………….……… e-mail: ………………………………..………………………….……

NIP*(jeśli dotyczy)*: …………………………REGON*(jeśli dotyczy)*: ……….…………..…PESEL ………………………

Nr indywidualnej praktyki *(jeśli dotyczy)*: ......................................................................................................................

**OFERUJĘ UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH RATOWNIKA MEDYCZNEGO   
W LOKALIZACJI PRZY UL. PARTYZANTÓW 2/4, 05-802 PRUSZKÓW**

**W ZAKRESIE:**

**udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług RATOWNIKA MEDYCZNEGO na rzecz pacjentów,   
w Izbie Przyjęć/ oddziałach Psychiatrii Sądowej- czynny udział w pracy Grupy Interwencyjnej**

**Kryterium a) Cena**

**Oferowane wynagrodzenie za jedna godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:**

**………………………………………………………….………….**zł brutto/godz. \*

Słownie ……………………………………………………………………………………………….brutto /godz.

**Kryterium a) Dostępność**

**Oświadczam, że w zakresie realizacji przedmiotu zamówienia deklaruje gotowość do pracy w liczbie  
 godzin \* (**należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X ):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 1 | 96- 144 godzin miesięcznie |  |
|  | 145-300 godzin miesięcznie |  |

*\*w przypadku , gdy Oferent nie wskaże w formularzu ofertowym informacji o liczbie godzin gotowości do pracy , Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia ofert*

**Uwaga:**

1. Wynagrodzenie należy podać w złotych polskich cyfrowo. Ceną oferty jest stawka za 1godzinę świadczenia usługi brutto.
2. Stawka uwzględnia wynagrodzenie przewidziane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2020 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów   
   o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2020.545).

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert, SWKO oraz projektem umowy, akceptuję ich treść oraz nie wnoszę zastrzeżeń.
2. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, w tym Prawo Wykonywania Zawodu bez ograniczeń (jeśli dotyczy), które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty (kserokopie) oraz wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zaświadczenie/wyciąg/wydruk   
   z systemu z aktualnej księgi rejestrowej) - (jeśli dotyczy).
3. Posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi, niezbędną wiedzę i doświadczenie, oraz pozostaję w sytuacji zapewniającej należyte wykonanie zamówienia.
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 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. Zgłosiłam/-łem swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia   
   z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego Oraz Samodzielnie rozliczam się   
   z Urzędem Skarbowym i ZUS-em
8. Posiadam ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej/ zawrę umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w dniu zawarcia umowy\*.
9. Posiadam aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy/zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań   
   i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych na stanowisku ratownika medycznego /zobowiązuję się do dostarczenia kserokopii stosownych zaświadczeń lekarskich w dniu zawarcia umowy\*.
10. Posiadam orzeczenie lekarskie z badania przeprowadzonego do celów sanitarno-epidemiologicznych/ zobowiązuję się do dostarczenia kserokopii stosownych zaświadczeń lekarskich w dniu zawarcia umowy\*.
11. Posiadam dokument potwierdzający ukończenie kursu BHP/ zobowiązuję się do dostarczenia kserokopii dokumentu potwierdzającego ukończenie kursu BHP w dniu zawarcia umowy\*.
12. Oświadczam, że nie byłam/-em karana/-y za przewinienia/przestępstwa umyślne.
13. Oświadczam, że w Mazowieckim Specjalistycznym Centrum Zdrowia w Pruszkowie świadczę pracę/nie świadczę pracy\* na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *…………………………………*  *(miejscowość, data)* | *…………………………………………………*  *(podpis przyjmującego Zamówienie lub*  *upoważnionego przedstawiciela)* |

*\*) niepotrzebne skreślić*