*Załącznik nr 5 do SWKO*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**a)**

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji w zakresie ratownictwa medycznego – Ratownik Medyczny w Zespole Transportowym.

**b)**

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji w zakresie ratownictwa medycznego – Ratownik Medyczny w Zespole Ratownictwa Medycznego.

**c)**

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji w zakresie ratownictwa medycznego – Ratownik Medyczny z uprawnieniami kierowcy samochodu sanitarnego uprzywilejowanego w Zespole Transportowym.

**d)**

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji w zakresie ratownictwa medycznego – Ratownik Medyczny z uprawnieniami kierowcy samochodu sanitarnego uprzywilejowanego w Zespole Ratownictwa Medycznego.

**\* podkreślić pozycję, której dotyczy składana oferta**

**OFERENT**

Imię i nazwisko/Nazwa oferenta ..................................................................................................

Nazwisko rodowe .........................................................................................................................

Imię ojca i matki ..........................................................................................................................

Data urodzenia .............................................................................................................................

PESEL: .........................................................................................................................................

Adres miejsca wykonywania działalności: ..................................................................................

Nr telefonu oraz adres e-mail: ......................................................................................................

NIP: ..............................................................................................................................................

REGON: .......................................................................................................................................

1. Kwalifikacje zawodowe - dokumenty w załączeniu do oferty.
2. Propozycja:

**a)**

.............. zł za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji w zakresie ratownictwa medycznego - ratownik medyczny w Zespole Transportowym.

**Zobowiązuje się do udzielania świadczeń minimum 48 godzin miesięcznie.**

**Oferuję ............... średniomiesięczną dostępność / dyspozycyjność do udzielania świadczeń zdrowotnych.**

**b)**

.............. zł za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji w zakresie ratownictwa medycznego - ratownik medyczny w Zespole Ratownictwa Medycznego.

**Zobowiązuje się do udzielania świadczeń minimum 48 godzin miesięcznie.**

**Oferuję ............... średniomiesięczną dostępność / dyspozycyjność do udzielania świadczeń zdrowotnych.**

**c)**

.............. zł za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji w zakresie ratownictwa medycznego - ratownik medyczny z uprawnieniami kierowcy samochodu sanitarnego uprzywilejowanego w Zespole Transportowym.

**Zobowiązuje się do udzielania świadczeń minimum 48 godzin miesięcznie.**

**Oferuję ............... średniomiesięczną dostępność / dyspozycyjność do udzielania świadczeń zdrowotnych.**

**d)**

.............. zł za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji w zakresie ratownictwa medycznego - ratownik medyczny z uprawnieniami kierowcy samochodu sanitarnego uprzywilejowanego w zespole Ratownictwa Medycznego.

**Zobowiązuje się do udzielania świadczeń minimum 48 godzin miesięcznie.**

**Oferuję ............... średniomiesięczną dostępność / dyspozycyjność do udzielania świadczeń zdrowotnych.**

1. Czas trwania umowy: **od 01.01.2024 r. do 31.12.2025 r**
2. **Oferta ważna tylko w zestawie A i B lub C i D.**

**Załączniki /wykaz niezbędnych dokumentów/:**

1. Potwierdzona „za zgodność z oryginałem” kserokopia dyplomu studiów lub ukończenia szkoły.
2. Potwierdzone „za zgodność z oryginałem” aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na określonym stanowisku objętym konkursem.
3. Potwierdzona „za zgodność z oryginałem” kserokopia aktualnych uprawnień/badań niezbędnych do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi (jeżeli dotyczy).
4. Wydruk z CEIDG o prowadzonej działalności gospodarczej.
5. Potwierdzona „za zgodność z oryginałem” kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej z tytułu udzielania świadczeń, zgodnych z przedmiotem zamówienia.
6. Potwierdzona „za zgodność z oryginałem” kserokopia karty doskonalenia zawodowego ratownika medycznego.

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

(data, podpis i pieczątka oferenta)

Oświadczam, że zapoznałem/(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO), wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

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

(data, podpis i pieczątka oferenta)

Oświadczam, iż w przypadku nie złożenia w postępowaniu konkursowym kopii dokumentu ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zobowiązuje się do dostarczenia takiego dokumentu do Zamawiającego zamówienie przed przystąpieniem do wykonywania przedmiotu Umowy. Zobowiązuje się także do kontynuowania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres realizacji Umowy.

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

(data, podpis i pieczątka oferenta)

Oświadczam, że wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych jestem zdolny(a) do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z umowa zawartą z Bielskim Pogotowiem Ratunkowym.

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

(data, podpis i pieczątka oferenta)

Oświadczam, że w oparciu o art. 3041 KP zgodnie z art. 211 KP znam przepisy i zasady bezpieczeństwa i higieny pracy i zobowiązuję się do ich przestrzegania oraz współdziałania z Bielskim Pogotowiem Ratunkowym w wypełnianiu obowiązków dotyczących BHP i P/poż.

Oświadczam, że posiadam aktualne zaświadczenie o przeszkoleniu z zakresu BHP na moim stanowisku pracy i dostarczę je do Bielskiego Pogotowia Ratunkowego przed przystąpieniem do wykonywania przedmiotu umowy.

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

(data, podpis i pieczątka oferenta)