Załącznik Nr 1

**O F E R T A**

**Dane oferenta:**

1. Imię i nazwisko ....................................................................................................................

2. Adres ..................................................................................................................................

3. Nazwa: ..................................................................................................................................

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

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

Oferent prowadzi/nie prowadzi działalność leczniczą w formie:

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

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

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

Oferent posiada uprawnienia do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi: tak/nie

4. PESEL ………………………………………………………………………………......

5. NIP .....................................................................................................................................

1. Oferent posiada wykształcenie ………………..…………………….………………
2. Kwalifikacje: …………………………………………………………….…………..

7. Telefon kontaktowy …………………………………………………….…….………….

8. Oferent prowadzący działalność leczniczą posiada aktualne obowiązkowe/dobrowolne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej

 (OC)\*

 Oferent zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc na dzień podpisania umowy.\*

 ( \* niepotrzebne skreślić )

9. Zakres oferowanych świadczeń ( wpisać rodzaj świadczeń zgodnie z przedmiotem konkursu)

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

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

………………………………………………………………………………………………

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

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

10. Ilość oferowanych świadczeń .........................................................................................

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

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

11. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń

 zdrowotnych ( w przypadku wykonywania ich także przez inne osoby na rzecz oferenta)

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

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

12. Proponowana cena za oferowane świadczenia w kwocie

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

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

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

**Załączniki:**

1. kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej
2. kopie dokumentów dotyczących posiadanych kwalifikacji
3. kopia polisy OC w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej

 ( powyższe załączniki należy dołączyć do oferty jeżeli Zamawiający nie jest w ich

 posiadaniu )

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

 podpis i pieczęć oferenta

 (lub podpis osoby upoważnionej)

Załącznik Nr 2

# O ś w i a d c z e n i e

Składając ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla potrzeb Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim

**oświadczam, że:**

1. Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonywania określonych prac lub czynności, jeżeli przepisy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień – dyplom uprawniający mnie do wykonywania zawodu
2. Spełniam wymogi określone w Ustawie z 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2023 roku, poz. 1541 z późn.zm.)
3. Dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania zamówienia objętego konkursem.
4. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia.
5. Zapoznałem/am się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
6. Zapoznałem/am się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnym do przygotowania oferty oraz wykonania usługi zamówienia.
7. Zapoznałem się z projektem mającej być zawartej umowy o świadczenie usług medycznych i nie wnoszę zastrzeżeń do jej zawarcia w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
8. Oświadczam, iż posiadam aktualne obowiązkowe/dobrowolne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej
9. Oświadczam, że nie zalegam z opłacaniem zobowiązań publicznoprawnych we właściwym urzędzie skarbowym.
10. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że nie zachodzi wobec niego przeszkoda z art. 132 ust. 3 oraz art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 658 z późniejszymi zmianami), uniemożliwiająca realizację zawarcia umowy.
11. Posiadam odzież ochronną zgodną z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 17 grudnia 2019 roku w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne orz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego (Dz.U. 2023, poz. 118).

W przypadku, gdy podmiot nie spełnia wymogu z art. 132 i 133 ustawy proszę o złożenie stosownego oświadczenia o terminie przekształcenia formy prowadzonej działalności.

Na każde żądanie zamawiającego zobowiązuję się dostarczyć niezwłocznie odpowiednie dokumenty potwierdzające prawdziwość każdej z kwestii zawartych w oświadczeniu. Wszystkie podane wyżej informacje są zgodne z prawdą. Ponadto oświadczam, że wszystkie dokumenty oraz przedstawione oświadczenia są zgodne z prawdą.

Wodzisław Śl., dnia ...................................... ........................................................

 podpis i pieczęć oferenta

 (lub podpis osoby upoważnionej)