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)\* ……….tak/nie……….

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

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

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 Szpitala Powiatowego 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 2024 roku, poz. 652)
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 2024 r. poz. 146 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).
12. Zapoznałem (-am) się z treścią procedury o Ochronie Sygnalistów na stronie internetowej Szpitala Powiatowego w Wodzisławiu Śląskim.
13. Oświadczam, iż nie figuruję w Krajowym Rejestrze Karnym i nie jest toczone wobec mnie żadne postępowanie sądowe, oraz po otrzymaniu zaświadczenia o niekaralności z Sądu Okręgowego w Rybniku o niekaralności dostarczę w terminie 14 dni od daty złożenia oferty konkursowej.

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