***………………………………. …...……., dnia ....... ...... 2021 r.***

(pieczęć firmowa)

### FORMULARZ OFERTY

**Dane Oferenta**

1. Imię i nazwisko / Nazwa\*: ………………………………………………………………………………
2. Miejsce zamieszkania / Siedziba\*: ………………………………………………………………………………
3. Numer PESEL / KRS\*.......................................
4. Numer NIP\*: ……………………………………….
5. Numer REGON\*: ………………………………….
6. Imię i nazwisko osoby reprezentującej Oferenta: ........................................................................................
7. Tel........................................ e-mail.................................................................

Oświadczam, że po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert nr 24/09/2021 na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. zgłaszam swoją ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

**\*Część 1 - świadczenia zdrowotne ratownika medycznego i ratownika - kierowcy w Transporcie szpitalnym w zespołach transportowych i POZ NS Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.**

**\*Część 2 -** **świadczenia zdrowotne ratownika medycznego w zakresie ratownictwa medycznego w Izbie Przyjęć i zespole reanimacyjnym Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.**

1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia oraz z Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń, oraz że uzyskałem(am) wszystkie konieczne informacje do przygotowania niniejszej oferty.
2. Oświadczam, że akceptuję postanowienia zawarte we wzorze umowy i w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do jej zawarcia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
3. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w uzasadnionych przypadkach najpóźniej w terminie do dnia rozpoczęcia realizacji świadczeń wynikających z umowy, kopii polisy ubezpieczenia OC za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń w zakresie przedmiotu zamówienia na okres obowiązywania umowy, potwierdzającą zawarcie umowy obowiązkowego ubezpieczenia zgodnie z zasadami określonymi w art. 25 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. albo umowy dobrowolnego ubezpieczenia,, z rozszerzeniem na odpowiedzialność za szkodę spowodowaną zarażeniem wirusowym zapaleniem wątroby i wirusem HIV.
4. Oświadczam, że nie toczą się wobec mnie żadne postępowania sądowe, administracyjne, dyscyplinarne i inne w przedmiocie odpowiedzialności związanej z wykonywaniem zawodu.
5. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym konkursie\*.

*\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).*

**Zastrzeżenie Oferenta**

Niżej wymienione dokumenty/część oferty nie mogą być ogólnie udostępnione:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Uzasadnienie:**

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

**Proponowana kwota należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych wynosi:**

**\*Część 1 - świadczenia zdrowotne \*ratownika medycznego / \*ratownika - kierowcy w Transporcie szpitalnym w zespołach transportowych i POZ NS Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.**

**............. zł brutto/za każdą godzinę udzielania świadczeń** w zespołach ratowniczych, transportowych i POZ NS,

Proponowana liczba godzin usług świadczonych w miesiącu wynosi: ............... (maksymalnie 300 godz.)

Okres obowiązywania umowy od 01.10.2021r. do 31.12.2021r.

**\*Część 2 -** **świadczenia zdrowotne ratownika medycznego w zakresie ratownictwa medycznego w Izbie Przyjęć i zespole reanimacyjnym Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.**

**............. zł brutto/za każdą godzinę udzielania świadczeń** w Izbie przyjęć i zespole reanimacyjnym

Proponowana liczba godzin usług świadczonych w miesiącu wynosi: ............... (maksymalnie 300 godz.)

Okres obowiązywania umowy od 01.10.2021r. do 31.12.2021r.

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

(podpis i pieczęć osoby reprezentującej Oferenta)

Wykaz załączników:

1. .................