

## Formularz ofertowy

Lekarz systemu / Ratownik medyczny / Ratownik medyczny-kierowca / Pielęgniarka, -ka systemu

### Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe

ul. Prof. M. Raciborskiego 2A

83-000 Pruszcz Gdański

#### DANE OFERENTA

(wypełnić drukowanymi literami)

Imię i nazwisko .....

Nazwa, siedziba i adres prowadzenia działalności gospodarczej (zgodnie z CEIDG):

.....

.....

Telefon ..... e-mail .....

NIP ..... Regon .....

1. Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert zamieszczonego na stronie internetowej [www.pogotowiepruszcz.pl](http://www.pogotowiepruszcz.pl) w dniu ..... oferuję wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie czynności: ..... w okresie od .....
2. Zobowiązuję się do wykonania w/w usług za cenę ofertową brutto nie zależnie od pory dnia oraz pracy w dzień roboczy, niedzielę lub święto, która wynosi:  
Za jedną godzinę pracy..... zł ( słownie:.....zł )
3. Oświadczam, że moja miesięczna dyspozycyjność będzie wynosiła (*właściwe zaznaczyć X*):  
⇒ Ratownik medyczny / Pielęgniarka,-rz systemu / Ratownik medyczny – kierowca :  
 od 181 do 240 godzin       od 121 do 180 godzin       minimum 120 godzin  
⇒ Lekarz systemu:  
 powyżej 120 godzin       poniżej 120 godzin
4. Oświadczam, że akceptuję warunki płatności określone w projekcie umowy
5. Oświadczam, że posiadam kwalifikacje umożliwiające realizację usług.
6. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą Ofertą na czas wskazany w ogłoszeniu o konkursie czyli przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
7. Zamówienie zrealizuję sam/a.

8. Upoważniam Zamawiającego, bądź uprawnionych przedstawicieli do przeprowadzenia wszelkich badań mających na celu sprawdzenie zaświadczeń, dokumentów i przedłożonych informacji oraz do wyjaśniania finansowych danych oferty.
9. Stwierdzam, że w cenie Oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia.  
***Uwaga!** Wynagrodzenie nie obejmuje dodatku dla ratownika medycznego, tj wzrostu wynagrodzenia wynikającego z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 lipca 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawach ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2018 r. poz. 1373) wraz z późniejszymi zmianami.*
10. Oświadczam, że wszystkie informacje zamieszczone w Ofercie są prawdziwe.
11. Oświadczam, że zapoznałem się z "Projektem umowy" i zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej Oferty, do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
12. Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na poniższy adres:

.....  
Załącznikami do niniejszej Oferty są wszystkie dokumenty zawarte w części IV SWKO.

.....  
*Data i podpis oferenta*