

## FORMULARZ OFERTOWY – PAKIET 5

**pełnienie dyżurów przez ratowników medycznych:  
w zespołach wyjazdowych: specjalistycznym i podstawowych.**

### I. DANE OFERENTA:

Nazwa Oferenta: .....

Adres Oferenta: .....

NIP ..... REGON ..... PESEL (dot. os. fizycznych).....

Nr tel. .... e-mail .....

Nr wpisu do właściwego Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą i oznaczenie organu dokonującego wpisu

.....

### II. PROPONOWANA KWOTA WYNAGRODZENIA

Za realizację zamówienia proponuję następującą kwotę wynagrodzenia za faktycznie wykonane świadczenia zdrowotne (dyżury) z uwzględnieniem stawki godzinowej dla ratownika medycznego/pielęgniarki systemu:

- pełnienie dyżuru w zespole wyjazdowym ratownictwa medycznego specjalistycznym lub podstawowym - ..... PLN brutto, **do której dolicza się kwotę ..... zł za każdą godzinę.**

### III. WYMAGANE DOKUMENTY

1. Aktualny wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.
2. Aktualny odpis właściwego rejestru Krajowego Rejestru Sądowego.
3. Aktualne zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
4. Umowa spółki cywilnej, jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej.
5. Polisa OC z tytułu prowadzonej działalności medycznej.

*Uwaga: dokumenty mogą być przedstawione w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej „za zgodność z oryginałem” z podpisem, datą i pieczętką oferenta lub osoby przez niego upoważnionej. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez oferenta.*

## **OŚWIADCZENIA OFERENTA**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni.
3. Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
4. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie zgodne są z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w dniach uzgodnionych z Udzielającym Zamówienia oraz wg ustalonego harmonogramu.
6. Zapewniam niezmiennosc cen w okresie obowiązywania umowy.

.....

*(miejscowość, data)*

.....

*(podpis i pieczęć Oferenta)*