Załącznik nr 1

....................., dnia ..................... 2023 r.

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych właściwych dla ratownika medycznego**

**Szpitalnego Oddziału Ratunkowego**

Imię: ..........................................................................................................................................................

Nazwisko: .................................................................................................................................................

PESEL ......................................................................................................................................................

Pełna nazwa firmy, pod którą oferent prowadzi działalność gospodarczą:

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

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

Adres miejsca prowadzenia działalności gospodarczej: ……………………………………………………..

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

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

Adres do korespondencji …………………………………….…………………………………………………..

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

Telefon: ...................................................................................................................................................

e – mail: ....................................................................................................................................................

Przedmiotem niniejszej oferty jest **udzielanie świadczeń zdrowotnych właściwych dla ratownika medycznego** **Szpitalnego Oddziału Ratunkowego** zgodnie z wzorami umów stanowiących załączniki do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

**Oferent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz wzorami umów i nie zgłasza w tym zakresie zastrzeżeń.
2. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej i zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc na dzień podpisania umowy.
3. Posiada uprawnienia niezbędne do wykonania zamówienia objętego przedmiotem konkursu.
4. Spełnia warunki określone w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. rok 2022 poz. 633 ze zm.).
5. Wyraża zgodę na przetwarzanie przez Powiatowy Szpital w Iławie swoich danych osobowych   
   w związku z przeprowadzeniem niniejszego konkursu ofert.
6. Oświadcza, że wobec oferenta został spełniony obowiązek informacyjny wynikający z RODO.
7. Oświadcza, że zapoznał się z zapisami zarządzenia nr 63/2022 Dyrektora Powiatowego Szpitala im. Władysława Biegańskiego w Iławie z dnia 13.10.2022r. w sprawie realizacji obowiązku poddania się szczepieniu ochronnemu przeciw COVID-19.
8. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w okresie od ........................... do .......................................................................................................................................................
9. Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu: .............................

………………………+-10%

1. Proponuje następujące warunki wynagrodzenia: ………………………………………………………

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

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

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

1. Inne: ……………………………………………………………………………………………………….…

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

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

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

**Załączniki:**

1. Kopia wpisu do CEIDG.
2. Kopia polisy OC lub oświadczenie o przedłożeniu polisy do dnia podpisania umowy.
3. Kopie innych dokumentów lub oświadczeń wpływających na ocenę oferty.
4. Kopia dyplomu oraz innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje.

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

podpis oferenta