**Załącznik nr**

...............................................             *(miejscowość, data)*

**Spec. Psych. ZOZ w Łodzi**

**ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź**

*(nazwa i adres Udzielającego zamówienia)*

O F E R T A

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju:**

***ratownictwo medyczne w oddziałach całodobowych i Izbie Przyjęć***

1) Imię.............................................................................................................................................

2) Nazwisko....................................................................................................................................

3) PESEL........................................................................................................................................

4) Nr dyplomu ...............................................................................................................................

5) Ukończone kursy ……. ………………………………………………………………………

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

6) Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz nr wpisu do właściwego rejestru ......................................................................................................................................................

7) Numer wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/ KRS

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

8) Dane identyfikacyjne i teleadresowe

NIP...............................................................REGON....................................................................

Adres zamieszkania/ siedziby........................................................................................................

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

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania/ siedziby)..................

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

Telefon kontaktowy .....................................................................................................................

9) Staż pracy/okres udzielania świadczeń w podmiocie leczniczym ………………..……….. lat

10) Proponowana:

minimalna liczba godzin wykonywania świadczeń miesięcznie:................................

maksymalna liczba godzin wykonywanych świadczeń miesięcznie:…………………

11) Proponowane wynagrodzenie w wysokości ...................złotych (brutto) za godzinę.

12) Proponowany okres umowy: od ....................... do .........................

**Oświadczenie Oferenta:**

* Oświadczam, że zapoznałem się z przedmiotem postępowania o udzielanie określonych świadczeń opieki zdrowotnej, kryteriami oceny ofert, warunkami wymaganymi od świadczeniodawców oraz projektem umowy.
* Oświadczam, że posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania zadania oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem
* Oświadczam, że uważam się związany/a ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

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

*( data złożenia oświadczenia)*  *( imię i nazwisko oferenta)*

**Załączniki do oferty:**

**I. Podmioty wykonujące działalność leczniczą**

1.     kopia wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

2.    kopia nadania numeru REGON

3.    kopia nadania numeru NIP

4. wydruk z CIDG albo Krajowego Rejestru Sądowego nie wcześniej niż tydzień od daty złożenia oferty- *jeśli dotyczy*

5.wykazu osób uczestniczących przy realizacji zamówienia z kserokopią dyplomów oraz dokumentów potwierdzających spełnianie kwalifikacji doświadczenia i uprawnienia wymaganego dla realizacji przedmiotu zamówienia,

6.kserokopia polisy OC zgodnej z wymogami określonymi przepisami rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (DZ.U.nr 293, poz.1729)

7. Oświadczenia nr: 1,2,3,4

**8. Pełnomocnictwo do podpisania i złożenia oferty wraz z wszystkimi załącznikami**

**II. Osoby fizyczne wykonujące działalność gospodarczą**

1.   kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem dokumentów potwierdzających kwalifikacje i kompetencje zawodowe (m. in. dyplom ukończenia szkoły, dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie ratownika medycznego,)

2. aktualny wydruk z CEIDG

**Oferent może złożyć zobowiązanie pisemne, iż w przypadku jeżeli jego oferta zostanie wybrana dostarczy dokumenty związane z założeniem firmy – aktualny wydruk z CEIDG - do dnia podpisania umowy na przedmiotowe świadczenia zdrowotne**

2. kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem aktualnej na dzień składania formularza polisy OC lub **złożenie oświadczenia o dostarczeniu takiej polisy do dnia podpisania umowy**

**3. dokumenty potwierdzające kwalifikacje i uprawnienia do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi**

**( dokument nieobligatoryjny- dokumenty składają oferenci, którzy posiadają przedmiotowe uprawnienia)**

4.Oświadczenia nr: 1,2,3,4