



OFERTA

1. Imię i nazwisko Oferenta :
2. Nazwisko rodowe :
3. Imię ojca..... Imię matki.....
4. Adres zamieszkania :
5. Adres działalności gosp.
6. Numer telefonu :
7. Adres e-mail :
8. Numer PESEL :
9. Nr dyplomu: data wydania:
10. NIP..... REGON.....
11. Prawo jazdy nr, data wydania
12. Zezwolenie na prowadzenie pojazdu uprzywilejowanego nr
data wydania, data ważności
13. **Niniejszym zgłaszam swoje uczestnictwo w konkursie ofert ogłoszonym przez SPZOZ SPR na zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach zespołów ratownictwa medycznego typu S i P oraz zespołów transportu sanitarnego w kraju i za granicą, a także uczestnictwa w zabezpieczeniu pod względem medycznym imprez masowych i oferuję:**

Rodzaj świadczenia	Proponowana stawka godzinowa		Deklarowana <u>minimalna liczba</u> godzin gotowości świadczenia usług w miesiącu
	Praca w ZRM	Praca w zespole transportu sanitarnego lub uczestnictwo w zabezpieczeniu pod względem medycznym imprez masowych	
Udzielanie świadczeń przez ratownika medycznego, w tym z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych	zł	zł	 godz. w miesiącu
Udzielanie świadczeń przez pielęgniarza/ pielęgniarkę systemu, w tym z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych	zł	zł	 godz. w miesiącu

Data sporządzenia oferty:

.....

Podpis Oferenta:

.....



Załącznik nr 2 do Specyfikacji z dnia 26.10.2026 r.

OŚWIADCZENIA OFERENTA

Niniejszym oświadczam, że:

1. Zapoznałam(em) się z treścią ogłoszenia konkursu ofert oraz z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług.
2. Przyjmuję warunki umowy według projektu stanowiącego załącznik nr 3 do SWKO.
3. Posiadam wiedzę i umiejętności do realizacji zamówienia. Udzielam świadczeń medycznych w sposób rzetelny i zgodny z obowiązującą wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.
4. Spełniam wymagania zdrowotne określone we właściwych przepisach.
5. Składając ofertę, wyrażam wolę zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, na zasadach określonych w Ustawie o działalności leczniczej i oświadczam iż samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym oraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.*
6. Oświadczam, że posiadam wszystkie aktualnie wymagane szczepienia potrzebne do wykonywania zawodu medycznego.
7. Oświadczam, że złożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.
8. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych w procesie ofertowania (zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018r. o Ochronie Danych Osobowych, tekst jednolity: Dz.U 2019.1781 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Europy 2016/679 z dnia 27.04.2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (UE) 2016/679.
9. Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych, nie jestem skazany prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe, nie widnieję w rejestrze przestępców seksualnych.
10. Posiadam podpis elektroniczny w postaci certyfikatu e-ZLA (ZUS) wydawanego bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych za pośrednictwem aplikacji gabinet.gov.pl / podpis kwalifikowany zakupiony u jednego z certyfikowanych dostawców w celu podpisywania dokumentacji medycznej.

Data:

Podpis Oferenta:

****dotyczy oferentów prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą***