

Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o.

ul. Piotra Skargi 10, 05 – 600 Grójec

Tel. +48 48 664 91 00

Fax. +48 48 664 21 81

E – mail: sekretariat@pcmg.pl

www.pcmg.pl

Załącznik nr 2

Postępowanie nr: 4/K/2017

FORMULARZ OFERTY

W KONKURSIE OFERT

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

W ZAKRESIE

ratunkowych medycznych świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych w:

Zadanie 1. Izba Przyjęć * właściwe zakreślić

Zadanie 2. Oddz. Anestezjologii i Intensywnej Terapii * właściwe zakreślić

**Zadanie 3. Oddz. Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru
Kardiologicznego** * właściwe zakreślić

w Powiatowym Centrum Medycznym w Grójcu Sp. z o.o.

I. Dane oferenta

1. Pełna nazwa i siedziba oferenta (adres) /imię i nazwisko oferenta

.....
.....

2. Adres do korespondencji (z kodem pocztowym)

.....

Nr telefonu kontaktowego/ adres/ e-mail

3.

4. Nr wpisu do właściwego rejestru indywidualnych/ specjalistycznych praktyk i organ dokonujący wpisu

.....

5. Nr REGON

7. Nr NIP

.....

.....

6. Nr KRS

8. Nr Pesel

.....

.....

II. Kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych:

.....

.....

Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o.

ul. Piotra Skargi 10, 05 – 600 Grójec

Tel. +48 48 664 91 00

E – mail: sekretariat@pcmg.pl

Fax. +48 48 664 21 81

www.pcmg.pl

III. Dodatkowe uprawnienia osób udzielających świadczeń zdrowotnych:

IV. Maksymalna liczba godzin w miesiącu, przez którą Oferent może udzielać świadczeń

V. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia:

- stawka brutto w zł za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych
słownie: (..... zł za 1 godzinę).

VI. Staż pracy w zawodzie ratownika medycznego:lat

VII. Obecne miejsce zatrudnienia (podać formę zatrudnienia i nazwę zakładu, adres)

Załączniki: dokumenty potwierdzające*):

*) niepotrzebne skreślić

1. Kopie dokumentów dotyczących posiadanych kwalifikacji zawodowych:

- a) dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego
- b) prawo wykonywania zawodu z oświadczeniem o braku ograniczeń
- c) dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku (specjalności)
- d) dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie będącej przedmiotem konkursu
- e) zaświadczenie o rozpoczęciu specjalizacji
- f) dokumenty potwierdzające posiadanie innych kwalifikacji medycznych

inny dokument:

- 2. dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi,
- 3. dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe (wraz z udokumentowaną liczbą lat stażu pracy w zawodzie - zaświadczenie):
- 4. aktualna kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego prowadzonego przez ORPIP w zakresie zgodnym ze składaną ofertą,
- 5. kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) oraz numer NIP i REGON,
- 6. aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy,

Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o.

ul. Piotra Skargi 10, 05 – 600 Grójec

Tel. +48 48 664 91 00

E – mail: sekretariat@pcmg.pl

Fax. +48 48 664 21 81

www.pcmg.pl

7. kopia aktualnej polisy OC wystawiona stosownie do obowiązujących przepisów, dołączona do oferty lub dostarczona najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
8. zgoda na przetwarzanie danych osobowych w celach związanych ze złożeniem oferty na udzielanie świadczeń,
9. pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze *Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert*, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta,

Grójec, dnia r.

.....

podpis oferenta

