

**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: 7/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 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),
- 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](http://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



**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

Załącznik nr 4

Postępowanie nr: 7/K/2017

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

**Dane Oferenta:**

Imię i nazwisko: .....

Nazwa praktyki .....

Adres: .....

Nr telefonu: .....

Nr faksu: .....

Adres poczty elektronicznej: .....

**Oferent oświadcza, że:**

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie poprzedzającym zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w PCMG Sp. z o.o.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze *Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert* i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty.
4. Oświadczam, że uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że akceptuję załączony wzór umowy i w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w ofercie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez udzielającego zamówienia.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będę osobiście w siedzibie PCMG Sp. z o.o., 05-600 Grójec ul. Piotra Skargo 10.
8. Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością przy zastosowaniu aktualnie obowiązujących metod.
9. Zobowiązuję się przed zawarciem umowy dostarczyć dokument potwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą rodzaju i zakresu świadczeń zdrowotnych objętych konkursem w PCMG Sp. z o.o.

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentach ofertowych, w celach związanych ze złożeniem oferty na udzielanie świadczeń w konkursie ofert ogłoszonym przez PCMG sp. z o.o., zgodnie ustawą z dnia 29 sierpnia o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2016r. po. 922).

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że podanie przeze mnie danych jest dobrowolne i że przysługuje mi prawo wglądu do moich danych, ich poprawiania uzupełnienia, uaktualnienia lub sprostowania.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis i pieczęćka Oferenta

