



## FORMULARZ OFERTY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, SIWZ oraz warunkami przystąpienia do konkursu w zakresie świadczeń:

- Świadczenie usług medycznych realizowanych przez ratowników medycznych lub pielęgniarki systemu w **Zespołach Wyjazdowych Ratownictwa Medycznego typu „S” i „P”** Szpitala Powiatowego w Strzelcach Opolskich.
- Świadczenie usług medycznych realizowanych przez ratowników medycznych w **Zespole Transportu Sanitarnego** Szpitala Powiatowego w Strzelcach Opolskich.

2. Informacja o Oferencie

a. Imię i Nazwisko lub nazwa Oferenta

.....

b. Forma wykonywania działalności gospodarczej przez przedsiębiorcę lub rodzaj innego podmiotu leczniczego

*(uwaga! Forma wykonywania działalności gospodarczej przez przedsiębiorcę to np. Sp. z o.o., inne podmioty lecznicze to np. SP ZOZ).*

.....

c. Adres

.....

d. Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej – nr NIP lub nr KRS

*(uwaga! Dotyczy osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych, np. ratowników medycznych, rehabilitantów)*

.....

e. Numer NIP

.....

1



**SZPITAL POWIATOWY**  
im. Pralata J. Głowatzkiego  
w Strzelcach Opolskich

f. Nazwiska osób wykonujących świadczenia wraz z tytułem zawodowym

.....  
.....

3. Proponowana cena za 1 godzinę udzielania świadczeń w **Zespołach Wyjazdowych Ratownictwa Medycznego typu „S” i „P”:**

a. ratownik medyczny – członek zespołu: .....

b. ratownik medyczny – kierownik zespołu: .....

c. ratownik medyczny – kierowca: .....

4. Proponowana cena za 1 godzinę udzielania świadczeń w **Zespole Transportu Sanitarnego:**

a. ratownik medyczny: .....

5. Załączniki do niniejszej oferty:

a. wypis z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej,

b. dokumenty potwierdzające ubezpieczenie oferenta od odpowiedzialności cywilnej za szkody z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, na kwotę 200.000 złotych,

c. dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownika medycznego,

d. dokumenty potwierdzające kwalifikacje odpowiednie do danego zakresu świadczeń,

e. informacja z Krajowego Rejestru Karnego oświadczenia o niekaralności.

**Powyższe dokumenty nie są wymagane w przypadku osób, które świadczyły przedmiotowe usługi zdrowotne w Szpitalu i przedłożyły wymagane dokumenty w ramach odrębnej umowy (z wyłączeniem pkt e.)**

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczęć oferenta