

FORMULARZ OFERTY
Zadanie Nr 7

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta

(imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru)

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

B/ Adres Oferenta (lub adres do korespondencji w przypadku gdy jest inny niż adres oferenta)

ul. , nr

Kod pocztowy miejscowość

Tel., fax

REGON NIP

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta,
- poświadczane przez Oferenta kserokopie dokumentów potwierdzające kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu wszystkich którzy będą realizować przedmiot zamówienia (dyplom, prawo wykonywania zawodu, uprawnienia do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi w ruchu),
- aktualny wydruk Księgi Rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie objętym postępowaniem konkursowym,
- aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub wydruk z KRS,
- wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień i wykształcenia niezbędnych dla wykonania zamówienia,

3. Dane identyfikacyjne oraz kwalifikacje zawodowe osób przewidzianych do udzielania świadczeń zdrowotnych min. 30 osób: ratowników medycznych/ pielęgniarzy systemu, posiadających uprawnienia do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi, które zatrudniać będzie Oferent w celu realizacji umowy, w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Lp.	Imię i Nazwisko	Dyplom – nr Ratownik – pielęgniarz/*	Uprawnienia do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi w ruchu – nr , data ważności
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			

17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			

34			
35			
36			
37			

/ * właściwe wstawić

4. Proponowana kwota należności:

Zakres świadczeń	Stawka brutto za 1 godz.
Kompleksowe zabezpieczenie transportów sanitarnych w zakresie: Świadczenia udzielane przez zespoły transportu medycznego na obszarze województwa podkarpackiego, a w szczególności: 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na zapewnieniu opieki medycznej uprawnionym pacjentom korzystającym z transportu medycznego oraz 2) kierowanie pojazdem świadczącym taki transport przez ratowników medycznych lub pielęgniarzy systemu i ratowników medycznych lub pielęgniarzy systemu posiadających uprawnienia do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi w ruchu,	Stawka za 1 godz.: (słownie:..... zł)

....., dnia

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli