

.....
(nazwa i adres Oferenta)

Numer PESEL

Do
Stobrowskiego Centrum Medycznego
Sp. z o. o. z siedzibą w KUP
ul. K. Miarki 14, 46 - 082 KUP

O F E R T A

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert, którego przedmiotem jest **wykonywanie świadczeń zdrowotnych polegających na pełnieniu obowiązków ratownika medycznego/kierowcy ratownika-medycznego*** (**niepotrzebne skreślić*) w **SCM Sp. z o. o.** - oferuję wykonanie przedmiotowych świadczeń zdrowotnych, zgodnie z wymaganiami określonymi w szczegółowych warunkach konkursu ofert, za cenę:

jedna godzina pełnienia obowiązków **ratownika medycznego - pełny etat** - zł

jedna godzina pełnienia obowiązków **ratownika medycznego** - zł

jedna godzina pełnienia obowiązków **kierowcy ratownika medycznego** - zł

Oświadczam, że:

1. Uważam się za związaną/ego niniejszą ofertą na czas wskazany w szczegółowych warunkach konkursu ofert.
2. Zapoznałam/em się i akceptuję treść ogłoszenia, warunki konkursu ofert i projekt umowy,
3. W przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą, wyrażam zgodę na zawarcie umowy na czas określony w szczegółowych warunkach konkursu ofert,

Oferta

4. Znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
5. Nie zalegam w płaceni składek na ubezpieczenie społeczne oraz podatków i innych danin publicznych,
6. Zapoznałam/em się z: regulaminem organizacyjnym, procedurami akredytacyjnymi i zintegrowanego systemu zarządzania jakością obowiązującymi u Udzielającego zamówienia i w przypadku zawarcia ze mną umowy zobowiązuję się do ich przestrzegania,
7. Posiadam stosowną umowę ubezpieczenia OC w zakresie prowadzonej działalności, zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa i zobowiązuję się do utrzymywania ważnej polisy ubezpieczeniowej przez cały okres obowiązywania umowy*/ubezpieczenie OC w zakresie prowadzonej działalności, zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa, zostanie zawarte nie później niż z dniem rozpoczęcia obowiązywania umowy*.

*-niepotrzebne skreślić

Wykaz załączników do oferty:

1. kopia ważnej polisy ubezpieczeniowej OC lub oświadczenie, że ubezpieczenie takie zostanie zawarte nie później niż z dniem rozpoczęcia obowiązywania umowy,
2. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe w zależności od wybranego zakresu świadczenia usług:
 - 2.1. kopia dyplomu ratownika medycznego,
 - 2.2. kopia prawa jazdy kategorii B,
 - 2.3. kopia orzeczenia psychologicznego,
 - 2.4. kopia orzeczenia lekarskiego,
 - 2.5. kopia zezwolenia na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym lub pojazdem przewożącym wartości pieniężne
 - 2.6. kopie posiadanych certyfikatów i umiejętności

Dane kontaktowe Oferenta:

nr tel.

e-mail

....., dnia

.....

(pieczęć i podpis Oferenta)