**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

( wzór )

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

**Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie transportu sanitarnego w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Myszkowie, ul. Aleja Wolności 29 w zakresie:**

**\*Zadanie nr 1:** transport sanitarny zespołem specjalistycznym, w skład którego wchodzą co najmniej

trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny. **Obejmuje on również dzieci od drugiego miesiąca życia.**

**\*Zadanie nr 2:** transport sanitarny zespołem podstawowym, w skład którego wchodzą co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny;

1. **Instrukcja dla oferenta:**

1. Niniejszy Formularz Ofert – traktowany jako wzór, winien być wypełniony, podpisany   
i opieczętowany z należytą starannością.

2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.

3. Dokument w postaci kserokopii musi być potwierdzony „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczątką – osobę uprawnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.

**II. Dane o Oferencie:**

1. Pełna nazwa Oferenta

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

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

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

**III. Adres Oferenta:**

ul. ........................................................, nr ..............................................................................................

Kod pocztowy ............................, miejscowość .....................................................................................

Tel. (0.......) ........................................., faks (0.......)...............................................................................

Regon..................................................., NIP ..........................................................................................

KRS: …………………………….

e-mail………………………………………………………………………….………………………..

Nazwa banku i nr rachunku.....................................................................................................................

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o świadczenie usług w niniejszym postępowaniu.

**Inne informacje Wykonawcy:**

…………………………………….……………………………………………………………

W załączeniu:

1. ………………………………..
2. ………………………………..

Na ……… kolejno ponumerowanych stronach składamy całość oferty.

……………………………., dn. ……………..

……………………….……………………….

(pieczęć/podpisy osób/by upoważnionej)

**\*niepotrzebne skreślić**

**Załącznik nr 2**

|  |
| --- |
| Pieczątka firmowa z pełna nazwą Oferenta |

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, że jako Oferent posiadamy:

1.Aktualny wpisu do KRS lub wpis do ewidencji o działalności gospodarczej podmiotów wykonujących

działalność medyczną w zakresie transportu sanitarnego (w załączeniu aktualny wydruk z KRS lub

centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej)

2. Aktualny pakiet ubezpieczenia OC, NW oraz aktualne badania techniczne na środki transportu sanitarnego

zapewniające realizację przedmiotu konkursu i zobowiązujemy się do kontynuowania umowy

ubezpieczeniowej w w/w zakresie w przypadku wyboru oferty i zawarcia umowy z Zamawiającym.

Na ……… kolejno ponumerowanych stronach składamy całość oferty.

……………………………., dn. ……………..

……………………….……………………….

(pieczęć/podpisy osób/by upoważnionej)