**Formularz O F E R TA**

**Dla Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa SPZOZ**

**ul. Koszykowa 78, 00-671 Warszawa 1**

 W zakresie Części 3. Świadczenia zdrowotne polegające na świadczeniu usług medycznych przez **ratownika medycznego** obejmujące pobieranie krwi oraz sprawowanie opieki nad dawcami w trakcie oraz bezpośrednio po zabiegu pobrania krwi w warunkach stacjonarnych i ekipowych w wymiarze 50 godzin w miesiącu według przedstawionego z dwu tygodniowym wyprzedzeniem , co miesięcznego grafiku dla **TS WCKiK SP ZOZ w EŁKU** w dni robocze, świąteczne i dni ustawowo wolne od pracy na zasadach określonych w regulaminie konkursu ofert, ogłoszeniu oraz projekcie umowy.

**Dane oferenta:**

* **Nazwa i adres oferenta………………………………………………………………..**
* **Adres do korespondencji …………………………………………………………….**
* zawód ratownika medycznego oraz uprawnienia wykonywania zawodu nr ………………… wydane przez …............................................................ i, prowadzącym działalność gospodarczą, wpisaną do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich ……………………………………………., REGON............................................,
* **Tel. kontaktowy: …………………..………….**
* **e. mail: ………………………………………..**

**Oferent oświadcza, iż:**

* 1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i SWKO i nie wnosi zastrzeżeń.
	2. Akceptuje wzór umowy niniejszego konkursu ofert.
	3. Świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem udzielać będzie w miejscach wskazanych w SWKO konkursu.
	4. Posiada personel oraz uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem.
	5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) w zakresie szkód wyrządzonych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
	6. Zobowiązuje się świadczyć usługę medyczną, objętą niniejszym konkursem: za cenę brutto:………..……...pln za jedną godzinę świadczenia usług medycznych (słownie: ………………………………….………………………………………………………...) w **Terenowej Stacji WCKiK SP ZOZ w EŁKU**

Cena obejmuje wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.

* 1. Terminem udzielania świadczeń medycznych jest okres 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
	2. Akceptuję formę przekazania informacji o wyniku niniejszego postępowania za pośrednictwem faksu lub poczty e-mail oraz przyjmujemy do wiadomości, że potwierdzeniem odbioru tej informacji będzie dowód transmisji danych z faksu lub potwierdzenie wysłania informacji pocztą elektroniczną.

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. .................................................................................................................

2. .................................................................................................................

3. .................................................................................................................

4. .................................................................................................................

5. .................................................................................................................

6. .................................................................................................................

7. .................................................................................................................

………………………

/miejscowość i data/ ………………………………………………

 Pieczęć i podpis Oferenta

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* jeżeli dotyczy