Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWY konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

**„Wykonywanie usług transportu sanitarnego i świadczeń ratownika medycznego,**

**w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej. ”**

1. DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Przyjmującego Zamówienie zgodnie z dokumentem rejestracyjnym: |  |
| Zarejestrowany adres: |  |
| NIP: |  |
| REGON: |  |
| KRS: |  |
| Adres do korespondencji: (jeśli inny) |  |
| Numer telefonu: |  |
| E-mail: |  |
| Osoba do kontaktu: |  |

1. OFERTA

Po zapoznaniu się z do Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz wzorem umowy, dotyczącymi wykonania przedmiotu zamówienia, zobowiązujemy się do wykonania zadania nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy licząc od dnia podpisania umowy, na warunkach i za cenę:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | ZAKRES | JEDNOSTKA MIARY | CENA NETTO | VAT | CENA BRUTTO |
| 1 | NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA LEKARZ | Godz. |  |  |  |
| 2 | NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA PIELĘGNIARKA | Godz. |  |  |  |
| 3 | KILOMETRY | km |  |  |  |

1. Oświadczam, że ww. ceny jednostkowe mają charakter niezmienny.
2. Oferowana wysokość wynagrodzenia obejmuje wszelkie koszty związane w wykonaniem przedmiotu postępowania konkursowego.
3. Termin płatności faktur: 30 dni od dnia wpływu faktur do Udzielającego Zamówienie.
4. Oświadczam, że niniejsza oferta wiąże Przyjmującego Zamówienie przez okres 30 dni od daty otwarcia ofert (termin związania ofertą), a w przypadku wygrania konkursu, wiąże Przyjmującego Zamówienie przez cały okres obowiązywania umowy.
5. OŚWIADCZENIA
6. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r.  
    o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. z 2022 r. poz. 835).
7. Oświadczam, że zapoznałam/-em się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, zrozumiałem je i nie wnoszę   
   w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
8. Oświadczam, że uzyskałem wszystkie konieczne informacje, niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenie zdrowotne.
9. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
10. Oświadczam, że dysponuję w pełni sprawnymi pojazdami sanitarnymi, uprzywilejowanymi  
     i odpowiadają one warunkom technicznym, użytkowym oraz funkcjonalnym określonym dla tego typu pojazdów  
     w przepisach prawa powszechnie obowiązującego. Zobowiązuję się do utrzymywania sprawności oraz walorów technicznych i użytkowych wymaganych dla pojazdów samochodowych, w tym pojazdów uprzywilejowanych przez cały okres obowiązywania umowy.
11. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje przyznane/nabyte zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, na podstawie, których jestem uprawniony do wykonywania przedmiotu umowy w zakresie prowadzenia albo wprowadzenia do ruchu pojazdów sanitarnych i uprzywilejowanych.
12. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje przyznane/nabyte zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, na podstawie których jestem uprawniony do wykonywania przedmiotu umowy.
13. Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (OC) w zakresie odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy wykonywaniu przedmiotu umowy na kwotę nie niższą niż 200 000,00 zł, jak również wynikające z ustawy - Prawo o ruchu drogowym.
14. Oświadczam, że posiadam ważne przeszkolenie z zakresu ochrony przeciwpożarowej oraz zasad bezpieczeństwa  
     i higieny pracy. W przypadku konieczności odnowienia ww. szkoleń w czasie trwania umowy, zobowiązuję się do ich wykonania oraz przedłożenia stosowanego oświadczenia w tym zakresie.
15. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w przedmiotowym postępowaniu.

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

(podpis Przyjmującego – zgodnie z zasadami reprezentacji lub posiadanym pełnomocnictwem)

KO/2026/2024 Załącznik nr 2

**Wykaz pojazdów sanitarnych, które będą wykorzystywane do realizacji przedmiotu niniejszego postępowania**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

„Wykonywanie usług transportu sanitarnego i świadczeń ratownika medycznego, w ramach Nocnej   
i Świątecznej Opieki Zdrowotnej. ”

**WYKAZ**

**środków transportu, których Wykonawca użyje do wykonania zamówienia.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | NAZWA | MODEL | ROK PRODUKCJI | NR REJESTRACYJNY | Tytuł prawny do dysponowania**\*** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |

\*W przypadku tytułu innego niż własność Wykonawcy, należy podać okres (w datach) na jaki została zawarta umowa uprawniająca Wykonawcę do dysponowania środkiem transportu niezbędnym do wykonania zamówienia.