

SZPITAL MIEJSKI W ZABRZU SP. Z O. O.
41-803 ZABRZE UL. ZAMKOWA 4
SEKRETARIAT TEL. – (0-32) 277-61-00

WARUNKI SZCZEGÓŁOWE KONKURSU NR 04/DO/01/2018

NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

W ZAKRESIE TRANSPORTU MEDYCZNEGO I SANITARNEGO

Zadanie 1

- REALIZACJA TRANSPORTU KARETKĄ TYPU „S”

Zadanie 2

- REALIZACJA TRANSPORTU KARETKĄ TYPU „P”

Zadanie 3

- REALIZACJA TRANSPORTU KARETKĄ PRZEWOZOWĄ TYPU „T”

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2110, zwanej dalej Ustawą oraz art.140-141, 146 ust. 1, 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art. 150, art. 151 ust 1-2 i 4-6, art. 152, 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych(tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z póź. zm), właściwe Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011 Nr 293, poz.1729.)

dr n. med. Mariusz K. Wyójtowicz
MBA Exec.

Prezes Zarządu
Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o.

I. OPIS PRZEDMIOTU KONKURSU

1. Przedmiotem zamówienia jest wykonywanie usług z zakresu transportu medycznego i sanitarnego obejmującego transport pojazdem sanitarnym z udziałem osób uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych oraz transport przewoźowy:

Zadanie nr 1

- realizacja transportu karetką typu „S” – ambulans drogowy skonstruowany i wyposażony zgodnie z wymogami określonymi zarządzeniem Nr 64/2016/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne ze zmianami.

Skład zespołu:

- kierowca ratownik medyczny
- pielęgniarka systemu/ratownik systemu
- lekarz systemu

Zadanie nr 2

- realizacja transportu karetką typu „P” – ambulans drogowy skonstruowany i wyposażony zgodnie z wymogami określonymi zarządzeniem Nr 64/2016/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne ze zmianami.

Skład zespołu:

- kierowca ratownik medyczny
 - ratownik medyczny
- bądź
- kierowca ratownik medyczny
 - pielęgniarka systemu

Zadanie nr 3

- świadczenie usług środkiem transportu sanitarnego bez opieki lekarskiej o standardzie odpowiadającym karetkom typu T - ambulans przewoźowy przystosowany do przewozu pacjentów w pozycji siedzącej i leżącej i przewozu krwi i materiału biologicznego

1/ Skład zespołu do transportu pacjenta:

- zespół (kierowca + sanitariusz)

bądź

kierowca

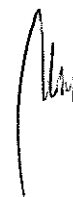
2/ Realizacja transportu krwi i materiału biologicznego winna odbywać się jako transport typu „T”

wykonywany przez:

- kierowcę.

II. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Termin realizacji zamówienia: do 31.01.2020 r.



III. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU KONKURSOWYM ORAZ OPIS SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU KONKURSOWYM.

1. O udzielenie zamówienia ubiegać się mogą Oferenci, którzy złożą ważną i odpowiednio przygotowaną ofertę oraz spełniają warunki :
 - a) posiadają uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności – posiadają decyzję zezwalającą na uprzywilejowanie w ruchu drogowym pojazdu w przypadku, gdy będzie on używany bezpośrednio w związku z ratowaniem życia lub zdrowia ludzkiego dla minimum dwóch posiadanych pojazdów,
 - b) posiadają wiedzę i doświadczenie w zakresie objętym niniejszym zamówieniem.
 - c) dysponują odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia – posiadają pojazdy medyczne i sanitarne oraz dysponują kierowcami z aktualnym prawem jazdy kat. B, spełniającymi wymogi określone w art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 roku o kierujących pojazdami (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 978 z późn. zm.), pielęgniarkami, ratownikami medycznymi, lekarzami lub korzystają z zasobów innych podmiotów w w/w zakresie.
2. Udzielający zamówienia dokona oceny spełniania warunków, o których mowa w pkt 1 na podstawie oświadczeń i dokumentów określonych w Rozdziale IV pkt 1, przedłożonych przez Oferenta.
3. O udzielenie zamówienia nie mogą ubiegać się:
 - a/ Oferenci, z którymi Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o. w okresie ostatnich dwóch lat rozwiązał umowę na świadczenie usług zdrowotnych w zakresie transportu medycznego i sanitarnego, z przyczyn leżących po stronie Oferenta,
 - b/ Oferenci wskazujący podwykonawców usług będących przedmiotem niniejszego postępowania, z którymi Szpital Miejski w Zabrze rozwiązał umowę na świadczenie usług zdrowotnych w zakresie transportu medycznego i sanitarnego, z przyczyn leżących po stronie tych podwykonawców.

IV. WYKAZ OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ OFERENCI W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU KONKURSOWYM ORAZ WYKAZANIA BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

1. W celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu Oferent składa niżej wymienione dokumenty:
 - 1.1. oświadczenia Oferenta o spełnianiu warunków określonych przez Zamawiającego **załącznik Nr 2**
 - 1.2. wykaz posiadanych lub będących w dyspozycji Oferenta środków transportu, zawierający markę, rok produkcji, nr rejestracyjny – **załącznik Nr 3**.
Do wykazu należy dołączyć decyzje zezwalające na uprzywilejowanie w ruchu drogowym pojazdów sanitarnych wykorzystywanych do realizacji niniejszego zamówienia **oraz oświadczenie**, iż na każde żądanie Udzielającego zamówienia w terminie 3 dni od wezwania, Oferent dołączy dowód posiadania aktualnej polisy OC samochodów, kopie dokumentów rejestracyjnych pojazdów, a jeżeli Oferent nie jest ich właścicielem dokument potwierdzający uprawnienia do ich używania.
 - 1.3. wykaz pracowników, posiadających uprawnienia określone ustawą z 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. , poz. 60 z późn. zm.) ustawą z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 125 z późn. zm.), ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jednolity Dz. U. z 2016, poz. 1251 z późn. zm.)- **Załącznik Nr 4**
 - 1.4. potwierdzenie opłaconej polisy, a w przypadku jej braku innego dokumentu potwierdzającego, że Oferent jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia (należy dołączyć potwierdzenie opłaty składki/ek) – **załącznik nr 5**

X
12

2. W celu wykazania braku podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia Oferent składa niżej wymienione dokumenty:
- Dokument potwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez Wojewodę)
 - dokument potwierdzający sposób reprezentowania podmiotu (KRS; umowa spółki; wpis do ewidencji działalności gospodarczej)
 - kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń na okres obowiązywania umowy.

Dokumenty o których mowa w lit. a) , b) powinny być wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

V. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY.

- Ofertę sporządzić należy w języku polskim.
- Ofertę należy sporządzić w formie pisemnej pod rygorem nieważności tj. na maszynie do pisania, komputerze lub nieścieralnym atramentem oraz podpisać przez uprawnionego przedstawiciela Oferenta, zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze odpowiednim dla formy organizacyjnej przedsiębiorstwa Oferenta (lub pełnomocnik). Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej danymi Oferenta oraz napisem: „Konkurs świadczeń zdrowotnych nr 04/DO/01/2018”.
- Oferta winna być przygotowana w sposób zapobiegający możliwości dekompletacji zawartości oferty (kartki zszyte, zbindowane itp.).
- Prosimy o dołączenie do oferty spisu treści zawierającego wykaz wszystkich załączników oraz o ponumerowanie stron lub kartek oferty. Prosimy o opieczątowanie oferty pieczętówką firmową.
- Każdy z Oferentów może złożyć tylko jedną ofertę łącznie na wszystkie zadania.
- Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

VI. ZAWARTOŚĆ OFERTY:

Oferent powinien złożyć ofertę wraz z dokumentami :

- Formularz ofertowo-cenowy –załącznik nr 1
- Oświadczenie Oferenta - załącznik nr 2
- Wykaz posiadanych lub będących w dyspozycji Oferenta środków transportu – załącznik nr 3
- Wykaz pracowników – załącznik nr 4
- Potwierdzenie opłacenia polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej – załącznik nr 5
- Referencje- załącznik nr 6
- Zaparafowany projekt umowy – załącznik 7

oraz następujące kserokopie dokumentów formalnych:

- kopia dokumentu potwierdzającego wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wpis do rejestru podmiotów leczniczych prowadzony przez Wojewodę) – zaświadczenia o wpisie
- kopia dokumentu potwierdzającego sposób reprezentowania podmiotu (KRS; umowa spółki; wpis do ewidencji działalności gospodarczej),
- kopia dokumentu potwierdzającego nadanie NIP,
- kopia dokumentu potwierdzającego nadanie REGON,
- kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń na okres obowiązywania umowy – zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,

KSEROKOPIE DOKUMENTÓW WINNY BYĆ POTWIERDZONE ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM PRZEZ OSOBY UPRAWNIONE ZGODNIE Z FORMĄ REPREZENTACJI OKREŚLONĄ WE WŁAŚCIWYM REJESTRZE.

VII. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT

1. Oferty należy składać w siedzibie Udzielającego zamówienia w Zabrze przy ul. Zamkowej nr 4, w Dziale Organizacji Usług Medycznych i Statystyki pokój nr. 1.02. , do dnia 18.01.2018 r. do godz. 11⁰⁰.
2. Otwarcie ofert nastąpi w dniu 18.01.2018 r. o godz. 11³⁰ w siedzibie Udzielającego zamówienia w Zabrze przy ul. Zamkowej nr 4, w Budynku Dyrekcji, I piętro (świetlica).

VIII. KRYTERIA ORAZ SPOSÓB DOKONYWANIA OCENY OFERT

1. Oferta będzie oceniana pod względem:
 - formalnym tj. spełnienia warunków podanych w warunkach szczegółowych (wymagana dokumentacja),
 - merytorycznym tj. wyboru najkorzystniejszej oferty, zgodnie z podanymi niżej kryteriami:

CENA **100 pkt**

Oferty o najniższej cenie brutto zadania otrzyma 100 punktów.

Oferty o wyższej cenie otrzymają proporcjonalnie mniej punktów wg wzoru:

$$X = \frac{\text{cena najniższa}}{\text{cena badanej oferty}} \times 100 \text{ punktów}$$

IX. INFORMACJE KOŃCOWE

1. Postępowanie konkursowe będzie prowadzone z zastosowaniem przepisów obowiązujących zgodnie z art. 26 ustawy o działalności leczniczej.
2. Zapytania ofertowe można składać najpóźniej do dnia 16.01.2018 r. do godz. 10:00.
3. Oferenci mogą być obecni przy otwieraniu ofert, w trakcie którego nastąpi odczytanie nazw oferentów i ceny ofertowej. Po odczytaniu powyższych danych odbędzie się niejawną część posiedzenia komisji konkursowej, w trakcie której zostanie dokonana dokładna analiza ofert.
4. Z Oferentem, którego oferta będzie najkorzystniejsza, zostanie podpisana umowa wg wzoru określonego w załączniku nr 7
5. Osobami upoważnionymi do kontaktów z oferentami są:
 - Teresa Skalec - tel.: (032) 277-61-00 w. 105
 - Jadwiga Piekarska - tel.: (032) 277-61-00 w 104

dr n. med. Mariusz Zatycki
MBA Exec

Prezes Zarządu
Szpital Miejski w Zabrzu Sp. z o.o.

.....
Pieczęć firmowa

.....dnia r.

FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY

DANE OFERENTA:

Pełna nazwa

Adres

Tel Fax e-mail:

.....

NIP REGON KRS

Osoba upoważniona do kontaktów

1. Oświadczamy, że zrealizujemy zamówienie zgodnie z wszystkimi warunkami zawartymi w warunkach szczegółowych konkursu nr 04/DO/01/2018.
2. Zapewniamy, że pojazdy oddane do dyspozycji Udzielającego zamówienia spełniają wymogi określone w warunkach szczegółowych konkursu oraz, że wszystkie osoby wykonujące zamówienie posiadają kwalifikacje i uprawnienia wymagane przepisami prawa, a ich stan zdrowia umożliwia należyte wykonanie usługi.
3. Okres realizacji zamówienia wynosi: **od 01.02.2018 do 31.01.2020 r.**
4. Termin płatności z tytułu świadczenia usług – 30 dni od daty dostarczenia faktury VAT/rachunku.
5. Oświadczamy, że:
 - a) zapoznaliśmy się z warunkami szczegółowymi konkursu i treścią projektu umowy i przyjmujemy je bez zastrzeżeń,
 - b) przedmiot zamówienia wykonamy sami / z udziałem podwykonawców *, którym zamierzamy powierzyć następujący zakres zamówienia
 - c) uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres 30 dni,
 - d) wszystkie oświadczenia i informacje zawarte w ofercie są prawdziwe i dokładne w każdym szczególe.

X 6



6. Oferujemy następujące ceny:

L.p.	Rodzaj usług	J.m.	Ilość -km; -godzin	Cena jedn. brutto	Wartość roczna brutto
1.	Zadanie 1 Karetka typu „S” do zaawansowanego leczenia i monitorowania pacjentów: Skład Zespołu: kierowca ratownik medyczny - pielęgniarka systemu - lekarz systemu	kilometr	18 430		
		Godzina pracy zespołu	980		
	Wartość brutto Zadania 1				
2.	Zadanie 2 Karetka typu „P” do transportu, leczenia i monitorowania pacjentów: Skład zespołu: - kierowca ratownik medyczny - ratownik medyczny bądź - kierowca ratownik medyczny - pielęgniarka systemu	kilometr	8160		
		Godzina pracy zespołu (kierowca ratownik medyczny + ratownik medyczny)	540		
		Godzina pracy zespołu (kierowca ratownik medyczny + pielęgniarka systemu)	100		
	Wartość brutto Zadania 2				
3.	Zadanie 3 1/Karetka typu „T” Skład do transportu pacjenta: - zespół (kierowca +sanitariusz bądź kierowca	kilometr	84 300		
		Godzina pracy zespołu(kierowca + sanitariusz)	5 720		
		Godzina pracy kierowcy	750		
	Wartość brutto Zadania 3 pkt.1				
Zadanie 3 2/Karetka typu „T” transport krwi i materiału biologicznego realizowany przez -kierowcę	kilometr	36 100			
	Godzina pracy kierowcy	1330			
	Wartość brutto Zadania 3 pkt.2				
	Wartość brutto zadania 3 (pkt 1 i pkt 2)				
	Ogółem wartość zamówienia:				

X 12

Mi

7. W/w podane ceny obejmują wszystkie koszty poniesione w związku z wykonywaną usługą, w tym między innymi wynagrodzenie kierowcy ratownika medycznego, ratownika medycznego, pielęgniarki systemu, lekarza wraz z kosztami pochodnymi, serwis pojazdu, paliwo, ubezpieczenie, ewentualne naprawy itd.

8. Ilości kilometrów i godzin określone przez Udzielającego zamówienia, są ilościami przewidywanymi, Przyjmującemu zlecenie nie przysługuje roszczenie z tytułu wykorzystania mniejszej ilości niż założona w zamówieniu.

9. Ilekroć jest mowa o:

1/ Zespole „S”* - rozumie się przez to przewóz pacjentów środkami transportu sanitarnego w pozycji leżącej lub siedzącej, zgodnie ze zleceniem z komórek organizacyjnych Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o. o, w asyście lekarza, wg zasad określonych przez NFZ., w tym również transport pacjentów w stanach nagłego zagrożenia zdrowia.

W ramach usługi świadczonej przez zespół „S” Oferent zapewnia spełnienie następujących wymagań:

- Skład zespołu „S”- co najmniej 3 osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych w tym: lekarz systemu, pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny, kierowca ratownik medyczny.

Maksymalny czas oczekiwania wynosi do 60 minut

- w przypadkach nagłych i stanach zagrażających zdrowiu i życiu maksymalny czas oczekiwania na specjalistyczny zespół „S” . od momentu zgłoszenia do przyjazdu do Udzielającego zamówienia wynosi 30 minut.

- Oferent zapewnia nadzór merytoryczny prawidłowego funkcjonowania zespołu.

- Oferent ponosi odpowiedzialność cywilną za szkody wynikłe w przebiegu leczenia oraz szkody przewozowe na osobach.

2/ Zespole „P”*- rozumie się przez to przewóz pacjentów środkami transportu sanitarnego w pozycji leżącej lub siedzącej, zgodnie ze zleceniem z komórek organizacyjnych Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o. o. w asyście ratownika medycznego bądź pielęgniarki systemu, wg zasad określonych przez NFZ.

Maksymalny czas oczekiwania na przyjazd Zespołu P od momentu zgłoszenia do przyjazdu do udzielającego zamówienia wynosi :do 60 minut

3/ Zespole T* - rozumie się przez to przewóz krwi i materiału biologicznego oraz przewóz pacjentów środkami transportu sanitarnego w pozycji leżącej lub siedzącej, zgodnie ze zleceniem z oddziałów szpitalnych, poradni specjalistycznych, Izb Przyjęć i Medycznego Laboratorium Diagnostycznego Szpitala Miejskiego w Zabrze , bez asysty lekarza i ratownika medycznego, wg zasad określonych przez NFZ.

Transport krwi i materiału biologicznego odbywa się tylko z udziałem kierowcy.

Maksymalny czas oczekiwania na przyjazd Zespołu T od momentu zgłoszenia do przyjazdu do Udzielającego zamówienia wynosi :do 60 minut.

Transport krwi na ratunek maksymalny czas oczekiwania do 30 minut od momentu zgłoszenia zapotrzebowania

*niepotrzebne skreślić

OFERTA wraz z załącznikami zawiera łącznie : ponumerowanych, parafowanych stron.

Załączniki do oferty (wymienić):

1.
2.
3.
4.
5.
6.

.....
(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta)

Załącznik nr 2
do warunków szczegółowych konkursu

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przystępując do konkursu ofert w przedmiocie: udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie: *TRANSPORT Medyczny i SANITARNY* dla potrzeb Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o. oświadczam, że jestem podmiotem wymienionym w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej mogącym ubiegać się o udzielenie zamówienia na w/w świadczenia zdrowotne, oraz spełniam warunki udziału w postępowaniu, tj.:

- a) dysponuję wykwalifikowanym personelem o odpowiednich kwalifikacjach i uprawnieniach zawodowych pozwalających w pełni realizować przedmiot konkursu zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami (ustawa z dnia 08 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 60 z późn. zm.)
 - b) posiadam specjalistyczne środki transportu sanitarnego, spełniające standardy higieniczne oraz cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane;
 - c) posiadam w pełni sprawne i dopuszczone do użytku środki łączności stosowane do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie transportu sanitarnego zgodnie z obowiązującymi przepisami, umożliwiające realizację zamówienia w ciągu 24 godzinnego dyżuru dyspozytora;
 - d) spełniam standardy Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia określone dla podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w dziedzinie objętej postępowaniem konkursowym, w tym wymagania NFZ dla pojazdów używanych do celów transportu sanitarnego;
 - e) oświadczam, że środki transportu do wykonywania przedmiotu postępowania są w pełni sprawne i dopuszczone do użytku, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz posiadają aktualne polisy ubezpieczeniowe OC i NW.
 - f) posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu postępowania konkursowego,
 - g) znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
- ✓ Oświadczam, że przyjmuję na siebie obowiązek poddania się kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie wynikającym z umowy na zasadach określonych w w/w ustawie oraz do kontroli innych uprawnionych organów i osób.
 - ✓ Oświadczam, że posiadam ważną i aktualną polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności leczniczej związanej z przedmiotem zamówienia oraz, że ubezpieczenie będzie kontynuowane przez cały okres realizacji zamówienia.
 - ✓ Oświadczam, że zapoznałem się z materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
 - ✓ Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
 - ✓ Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonywania, świadczeń objętych zakresem postępowania konkursowego z najwyższą starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej przy respektowaniu praw pacjenta i zachowaniu ochrony danych osobowych.

..... , dnia
(miejscowość)

.....
(podpis osoby upoważnionej do
reprezentowania Oferenta)

.....
(pieczęć Oferenta)

..... dnia r.

WYKAZ POJAZDÓW**DANE OFERENTA:**

Pełna nazwa

.....

Adres

Lp.	Rodzaj transportu	Liczba pojazdów	Marka pojazdu i numer rejestracyjny	Rok produkcji
1.				
2.				
3.				
4.				

.....
(podpis osoby upoważnionej do
reprezentowania Oferenta)

.....
 (pieczęć Oferenta)

..... dnia r.

WYKAZ PERSONELU

DANE OFERENTA:

Pełna nazwa

Adres

Wykaz lekarzy:

Lp.	Stanowisko	Liczba zatrudnionych	Imię i nazwisko, specjalizacja	Podstawa zatrudnienia
1.				
2.				
3.				

Wykaz pielęgniarek ,ratowników medycznych, kierowców ratowników medycznych, kierowców:

Lp.	Stanowisko	Liczba zatrudnionych	Imię i nazwisko	Podstawa zatrudnienia
1.				
2.				
3.				

.....
 (podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta)