**Załącznik nr 1 do SWKO**

**Nr konkursu ofert EUM-M-4240-2/2013**

**FORMULARZ OFERTY**

|  |
| --- |
| **DANE OFERENTA** |
| **Nazwa** |  |
| **Adres**  |  |
| **Numery wpisów do właściwych rejestrów oraz oznaczenie organów dokonujących wpisów** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Imię i nazwisko oraz nr telefonu osoby kontaktowej w zakresie składanej oferty** |  |
| **DANE DO UMOWY** |
| **Imiona i nazwiska oraz funkcje osób upoważnionych do podpisania umowy** |  |
| **Nazwa banku****Nr rachunku bankowego** |  |

 **................................................. .................................................**

 Data Podpis i pieczęć Oferenta

**Spis załączników:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj dokumentu** | **Dołączono do oferty** |
| **TAK** | **NIE** |
| **1** | Oferta cenowa - według załączonegowzoru **- załącznik nr 2 do SWKO**  |  |  |
| **2** | Oświadczenie – według załączonego wzoru – **załącznik 3 do SWKO**. |  |  |
| **3** | Oświadczenie o spełnianiu wymogów określonych w warunkach konkursu ofert dla świadczeń objętych postępowaniem konkursowym – według załączonego wzoru – **załącznik 4 do SWKO (należy załączyć oświadczenie właściwe ze względu na rodzaj oferowanego transportu)** |  |  |
| **4** | Uwierzytelniona kopia polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej **\** Oświadczenie Oferenta, iż w przypadku wyboru jego oferty najpóźniej w dniu podpisywania umowy przedłoży Zamawiającemu kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej - według załączonegowzoru **- załącznik nr 5 do SWKO** (**niewłaściwe skreślić**) |  |  |
| **5** | Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej albo aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego poświadczające, że oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem konkursu  |  |  |
| **6** | **Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**  |  |  |
| **7** | Pełnomocnictwo dla osoby podpisującej ofertę (jeśli dotyczy) |  |  |

 **................................................. .................................................**

 Data Podpis i pieczęć Oferenta

 **Załącznik nr 3 do SWKO**

**Nr konkursu ofert EUM-M-4240-2/2013**

**Nazwa Oferenta ...................................................................................................................**

**Adres ..................................................................................................................................**

**Oświadczenie**

Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie oraz niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert oraz nie wznoszę zastrzeżeń do ich treści,
2. akceptuję bez zastrzeżeń projekt umowy stanowiący **Załącznik nr 6 (dotyczy transportu pacjentów)/Załącznik nr 7 (dotyczy transportu krwi) \* do SWKO** oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na przedstawionych warunkach,
3. będę kontynuował umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania umowy,
4. uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

**Minimalna liczba osób wykonujących świadczenia objęte składaną ofertą wynosi:**

* **w przypadku transportu pacjentów .........**
* **w przypadku transportu krwi ........**

 **................................................. .................................................**

 Data Podpis i pieczęć Oferenta

**\* niewłaściwe skreślić**

**Załącznik nr 4 do SWKO**

**Nr konkursu ofert EUM-M- 4240-2/2013**

**Nazwa Oferenta ...................................................................................................................**

**Adres ..................................................................................................................................**

**Oświadczenie**

**o spełnianiu wymogów określonych w warunkach konkursu ofert dla świadczeń objętych postępowaniem konkursowym (transport sanitarny pacjentów)**

 Oświadczam, iż spełniam wymogi określone wobec Oferentów w warunkach niniejszego konkursu oraz:

1. zapewniam pełną 24-godzinną gotowość do wykonywania transportu sanitarnego pacjentów Zamawiającego na wezwanie telefoniczne, przez 7 dni w tygodniu (również w dni wolne od pracy oraz święta), w tym możliwość całodobowego przyjmowania zgłoszeń,
2. dysponuję właściwie wyposażonymi pojazdami (karetki ogrzewane, umożliwiające przewóz dzieci w tym niesprawnych ruchowo, wyposażone w sygnalizację świetlno-dzwiękową wymaganą dla pojazdów uprzywilejowanych) oraz personelem, odpowiadającymi obowiązującym wymogom określonym w szczególności w:
* Ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.)
* Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego (Dz.U. 2013 poz. 1176),
* Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (Dz. U. Nr 32, poz. 262 z późn. zm.),

oraz innych właściwych ze względu na zakres udzielanych świadczeń aktach prawnych,

1. zapewnię terminowość oraz punktualność realizacji zgłoszeń (zleceń przewozu):
* w przypadkach nagłych - realizacja zlecenia niezwłocznie,
* w pozostałych przypadkach - wykonanie w terminie uzgodnionym z Zamawiającym.

 **................................................. .................................................**

 Data Podpis i pieczęć Oferenta

**Załącznik nr 4 do SWKO**

**Nr konkursu ofert EUM-M- 4240-2/2013**

**Nazwa Oferenta ...................................................................................................................**

**Adres ..................................................................................................................................**

**Oświadczenie**

**o spełnianiu wymogów określonych w warunkach konkursu ofert dla świadczeń objętych postępowaniem konkursowym (transport sanitarny krwi)**

 Oświadczam, iż spełniam wymogi określone wobec Oferentów w warunkach niniejszego konkursu oraz:

1. zapewniam potencjał niezbędny do wykonywania transportu krwi oraz preparatów krwiopochodnych, w tym pojazdy uprzywilejowane w ruchu drogowym (karetki przewozowe) - samochody wyposażone przynajmniej w lodówkę transportową zasilaną elektrycznie lub kontener z izolacją wypełniony wkładami chłodzącymi, umożliwiające transport krwi oraz jej preparatów w następujących warunkach:
* krew pełna oraz KKCz - transport w temperaturze +2°C do +10°C,
* FFP, krioprecypitat - transport w temperaturze -18°C lub niższej,
* KKP, KG - transport w temperaturze +20°C do +24°C,
1. zapewniam warunki transportu zgodnie z §20 ust. 1 oraz 2 *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r. w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami*,
2. **zapewniam możliwość wykonywania dowozów w dni robocze w godzinach 1500-800 oraz w soboty, niedziele oraz święta całodobowo, w trybie:**
* **normalnym - termin wykonania usługi transportu uzgadniany pomiędzy dyspozytorem karetki transportowej a dyżurnym banku krwi Zamawiającego,**
* **ratunkowym - wykonanie zlecenia niezwłocznie po otrzymaniu zgłoszenia.**

 **................................................. .................................................**

 Data Podpis i pieczęć Oferenta

**Załącznik nr 5 do SWKO**

**Nr konkursu ofert EUM-M-4240-2/2013**

**Nazwa Oferenta ...................................................................................................................**

**Adres ..................................................................................................................................**

**Oświadczenie Oferenta,**

 **dotyczące ubezpieczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej**

 Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię kopię polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczeń objętych składaną ofertą.

 **................................................. .................................................**

 Data Podpis i pieczęć Oferenta