Załącznik Nr 1

SP ZOZ Szpital Kolejowy
w Wilkowicach - Bystrej
ul. Żywiecka 19
43-365 Wilkowice

FORMULARZ OFERTY

na świadczenie usług w zakresie transportu sanitarnego na potrzeby
SP ZOZ Szpitala Kolejowego w Wilkowicach-Bystrej

Przedmiotem niniejszej oferty jest świadczenie usług w zakresie transportu sanitarnego na potrzeby SP ZOZ Szpitala Kolejowego w Wilkowicach-Bystrej, zgodnie ze wzorem umowy o świadczenie usług objętych postępowaniem konkursowym.

DANE OFERENTA:

Pełna nazwa

……

REGON

……

NIP

……

Adres siedziby

…….....

Nr wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej lub do Krajowego Rejestru Sądowego

……

Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych

……

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem siedziby)

……..

Kontakt do Oferenta (tel., fax., e-mail)

……

OŚWIADCZENIA OFERENTA:

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert wraz z załącznikami i nie zgłaszam zastrzeżeń oraz w pełni je akceptuję.

2. Posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.

3. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia, w tym w szczególności w zakresie:

1) **Transport typu P** - min. dwoma ambulansami typu P – środek transportu sanitarnego spełniającego cechy techniczne i jakościowe określone w polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane) – ambulans drogowy skonstruowany zgodnie z normą PN-EN 1789 ORAZ PN-EN 1789+A2:2015 i wyposażony zgodnie z Zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 90/2025/DSM z dnia 7 listopada 2025r., przeznaczony do świadczenia czynności ratunkowych przez co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania czynności ratunkowych tj. pielęgniarkę systemu lub ratownika medycznego. W przypadku gdy żaden z innych członków zespołu nie ma uprawnień do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych, trzecią osobą w zespole może być kierowca.

2) **Pozostały transport** - min. dwoma pojazdami umożliwiającymi transport krwi, badań i osób, Ambulans powinien być skonstruowany zgodnie z normą PN-EN 1789 ORAZ PN-EN 1789+A2:2015.
Ambulans typu „T” przeznaczony do transportu pacjentów, co do których nie przewiduje się, że zostaną pacjentami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
Ambulans przeznaczony do przewozu materiałów biologicznych, z innych ośrodków medycznych - wyposażony zgodnie z wymaganiami przewidzianymi w powszechnie obowiązujących przepisach prawa.

Oświadczam, że pojazdy, którymi wykonywana będzie usługa, spełniają wymagania przewidziane w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (t.j. Dz. U.2024.502 ze zm.).
Oświadczam, że środki transportu, którymi realizowana będzie usługa posiadają aktualny pakiet ubezpieczeń OC i NNW.

4. Prowadzę działalność gospodarczą polegającą na …….

5. Posiadam aktualną polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie obowiązkowej umowy odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z prowadzoną działalnością, lub umowę przedwstępną albo inny dokument, w tym oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy na dany rodzaj świadczenia. Zobowiązuję się utrzymywać przedmiotowe ubezpieczenie przez cały okres obowiązywania umowy (świadczenia usług w ramach umowy).

6. Dysponuję następującymi środkami transportu

……..
wyposażonymi w następującą aparaturę i sprzęt medyczny

.....

7. Osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w liczbie ..... posiadają następujące kwalifikacje zawodowe: .....

8. Odległość miejsca stacjonowania zespołu transportowego od siedziby Zamawiającego wynosi: …….

9. Proponuję następujące warunki według załączonego formularza cenowego.

L.p.	**Składniki oferty**	**Cena jednostkowa brutto**	**Liczba kilometrów**	**Liczba godzin pracy zespołu**	**Wartość brutto**
a	**b**	**c**	**d**	**e**	**f=c x d**
1	Opłata za 1 km		12 240		
L.p.	**Składniki oferty**	**Cena jednostkowa brutto**	**Liczba kilometrów**	**Liczba godzin pracy zespołu**	**Wartość brutto**
a	**b**	**c**	**d**	**e**	**f=c x e**
2	Opłata za 1 godz. efektywnej pracy			324	
RAZEM					

Uwaga: W przypadku transportu materiału do badań, składników krwi i preparatów krwiopochodnych do przetoczeń, przewozu pacjentów niewymagających specjalnych warunków transportu oraz transportu lekarza lub pielęgniarki w ramach wizyt domowych Nocnej i Świątecznej Opieki – karetka z kierowcą, Zamawiający nie będzie płacił opłaty za godz. efektywnej pracy.

Uwaga: W przypadku opłaty za 1 godz. efektywnej pracy wylicza się w pełnych godzinach, natomiast pozostałe minuty wylicza wg. wzoru:
Liczba minut x 1/60 stawki godzinowej efektywnej pracy = wynagrodzenie za minuty powyżej pełnych godzin.

10. Wypełniłem 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 niniejszym postępowaniu. (*w przypadku, jeżeli nie wystąpiły okoliczności powodujące konieczność spełniania w/w obowiązku informacyjnego Oferent wykreśla przedmiotowe oświadczenie).*

11. Oświadczamy, że nie podlegamy wykluczeniu z postępowania 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 (t.j. Dz. U. 2025 r., poz. 514 ze zm.).

Z postępowania wyklucza się:

a) wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3;
b) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3;
c) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106) jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3.

12. **Oświadczam, że (*niewłaściwe należy skreślić)**
    a. prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą*
    b. jesteśmy mikroprzedsiębiorcą*
    c. jesteśmy małym przedsiębiorstwem*
    d. jesteśmy średnim przedsiębiorstwem*
    e. posiadamy status dużego przedsiębiorcy*

ZAŁĄCZNIKI:

1. Poświadczona kopia wpisów do właściwych rejestrów (ewidencji działalności gosp./rejestru przedsiębiorców/rejestru podmiotów leczniczych);
2. Poświadczona kopia nadania numeru REGON;
3. Poświadczona kopia nadania numeru NIP;
4. Kserokopia polisy OC lub zobowiązanie o dostarczeniu polisy przed podpisaniem umowy,

5. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu oraz powszechnie obowiązującymi przepisami prawnymi, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta.

……

(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenie oferty)