

Pieczęć adresowa oferenta

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż firma:

*(podać nazwę i adres oferenta)*

występując w postępowaniu konkursowym na realizację zamówienia na:

**„ Świadczenie usług medycznych z zakresu ratownictwa medycznego zespołami typu „S” i „P” „, zapoznała się z treścią ogłoszenia, SWK i projektem umowy.**

..... dnia, .....

.....  
*Podpis i pieczęćka imienna osoby uprawnionej*

....., dnia .....

Dane składającego oświadczenie

**Nazwa, adres siedziby i nr telefonu**

**Oświadczenie o wpisie do rejestru**

Niniejszym oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do księgi rejestrowej rejestru, o którym mowa w art. 106 Ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 nr 112 poz. 654 z późn. zm.), t.j. z dnia 10 kwietnia 2024 r. (Dz.U. 2024 poz. 799), prowadzonego przez:

.....  
.....

pod numerem ..... oraz, że posiadam potwierdzoną wpisem do rejestru zdolność do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem niniejszego postępowania w sprawie zawarcia umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

.....  
*Podpis i pieczęć imienna osoby uprawnionej*

Pieczęć adresowa oferenta

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż występując w postępowaniu konkursowym pn.  
**„Świadczenie usług medycznych z zakresu ratownictwa medycznego zespołami typu „S” i „P”**

**Posiadam następujące lokalizacje ambulansów:**

Typ ZRM P / S	Obszar działania ZRM	KOD ZRM	KOD Teryt	Nazwa ZRM	Miejsce stacjonowania	Godziny gotowości od do

....., dnia, .....

.....

*Podpis i pieczęć imienna osoby uprawnionej*

Pieczęć adresowa oferenta

## **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż występując w postępowaniu konkursowym pn.

**„Świadczenie usług medycznych z zakresu ratownictwa medycznego zespołami typu „S” i „P”**

posiadam wykwalifikowany personel medyczny uprawniony do wykonywania medycznych czynności ratunkowych w zespołach ratownictwa medycznego i spełnia on wymogi określone Zarządzeniem nr 179/2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12.11.2020 r., w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne, tekst ujednolicony z dnia 18.09.2023 r. 137/2023/DSM, a w szczególności zgodnie z załącznikiem Nr 3 do zarządzenia Nr 179/2020/DSM.

....., dnia, .....

.....

*Podpis i pieczęć imienna osoby uprawnionej*

Pieczęć adresowa oferenta

### **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż występując w postępowaniu konkursowym pn.

**„Świadczenie usług medycznych z zakresu ratownictwa medycznego zespołami typu „S” i „P”**

Posiadam ambulanse typu „S” i „P” a ich wyposażenie jest zgodne z Polską Normą przenoszącą europejskie normy zharmonizowane, oraz są zgodne z wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia (Zarządzenie nr 179/2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12.11.2020 r., tekst ujednolicony z dnia 18.09.2023 r. 137/2023/DSM załącznik Nr 3, w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne);

....., dnia, .....

.....

*Podpis i pieczętka imienna osoby uprawnionej*

Pieczęć adresowa oferenta

**Wykaz ambulansów przeznaczonych do realizacji zamówienia:**

<b>kod ZRM</b>	<b>nazwa ZRM</b>	<b>miejsce stacjonowania</b>	<b>marka i model</b>	<b>nr rej.</b>	<b>rok prod.</b>

\*do nin. wykazu należy dołączyć potwierdzone za zgodność z oryginałem:

- kserokopie dowodów rejestracyjnych wskazanych ambulansów
- kserokopii polis OC ambulansów
- kserokopii świadectw homologacji ambulansów

....., dnia, .....

.....

*Podpis i pieczęć imienna osoby uprawnionej*

Pieczęć adresowa oferenta

## Wykaz dodatkowego sprzętu w zespołach ratownictwa medycznego

<i>Typ ZRM P / S</i>	<i>KOD ZRM</i>	<b>Nr seryjny jeśli dotyczy</b>
<i>Miejsce stacjonowania</i>	<i>Nazwa ZRM</i>	
Nosze transportowe	Ręczne <input type="checkbox"/> elektryczne <input type="checkbox"/>	
Defibrylator	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Respirator	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Ssak przenośny	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Materac próżniowy	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Nosze podbierakowe	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Deska ortopedyczna	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Deska ortopedyczna pediatryczna	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Krzeselko transportowe	Ręczne <input type="checkbox"/> elektryczne <input type="checkbox"/> płożowe <input type="checkbox"/>	
Detektor CO	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Deska typu KED	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Urządzenie do kompresji klatki piersiowej	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	

....., dnia, .....

.....

Podpis i pieczęć imienna osoby uprawnionej

Pieczęć adresowa oferenta

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż występując w postępowaniu konkursowym pn.

**„Świadczenie usług medycznych z zakresu ratownictwa medycznego zespołami typu „S” i „P”**

posiadam w ambulansach wskazanych w załączniku nr 7 system transmisji zapisu 12 – odprowadzeń EKG w ramach współpracy odpowiednio do oddziałów wykonujących PCI i leczenie trombolityczne.

....., dnia, .....

.....

*Podpis i pieczęćka imienna osoby uprawnionej*



## Wykaz personelu

L.P.	Imię i Nazwisko	PESEL	Zawód/specjalizacja	Nr prawa wykonywania zawodu