ZAPYTANIE OFERTOWE/~~OGŁOSZENIE O ZAMÓWIENIU~~

I. ZAPRASZAMY DO ZŁOŻENIA OFERTY NA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA:

Skierowane do podmiotów gospodarczych

na świadczenie usług medycznych, w zakresie usług ratownika medycznego, udzielanych osobom przebywającym w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Kętrzynie.

II. DANE ZAMAWIAJĄCEGO

Nazwa organizacji: Warmińsko - Mazurski Oddział Straży Granicznej

Adres: ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78, 11-400 Kętrzyn

E-mail: monika.nestorowicz@strazgraniczna.pl, tel.89 7503035, 89 7503036, 89 7503037

III. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

1. **Osoby przewidziane do realizacji zamówienia muszą posiadać n/w wykształcenie, kwalifikacje oraz doświadczenie :**
   - **wykształcenie wyższe w kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne lub**
   - **posiadanie dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu zawodowego „ratownik medyczny" z publicznej szkoły policealnej lub niepublicznej szkoły policealnej lub**
   - **posiadanie dyplomu wydanego w państwie innym niż: państwo członkowskie Unii Europejskiej, Konfederacja Szwajcarska lub państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA)- strona umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznanego w Rzeczpospolitej Polskiej za równoważny z dyplomem uzyskiwanym w Rzeczpospolitej Polskiej, potwierdzającym tytuł zawodowy ratownika medycznego, lub**
   - **posiadanie kwalifikacji do wykonywania zawodu ratownika medycznego nabytych w państwie członkowskim Unii Europejskiej. Konfederacji Szwajcarskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA)- stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznane w Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z ustawą z dnia 26 kwietnia 2001 r. o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych (Dz. U Nr 87, poz.954, z późn.zm.[5])**

     oraz

     udokumentowany roczny staż pracy w szpitalnym Oddziale Ratunkowym lub Zespołach Ratownictwa medycznego.

IV. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług medycznych na potrzeby osób przebywających w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Kętrzynie w zakresie kompetencji ratownika medycznego. Strzeżony Ośrodek dla Cudzoziemców zlokalizowany jest na terenie kompleksu koszarowego W - MOSG ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78, 11-400 Kętrzyn.

Świadczenie usług medycznych obejmuje przede wszystkim:

1) udzielanie pomocy medycznej osobom znajdującym się w stanach zagrożenia zdrowia lub życia,
2) dokonywanie oceny stanu zdrowia osób przebywających w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Kętrzynie,
3) wykonywanie zabiegów w ramach działalności ambulatoryjnej, zgodnie ze zleceniami lekarza oraz prowadzenie w tym zakresie stosownej ewidencji,
4) prowadzenie gabinetu lekarskiego i zabiegowego Strzeżonego Ośrodka dla Cudzoziemców.
5) **bieżące prowadzenie dokumentacji medycznej**
6) **wydawanie leków zleconych przez lekarza**

Warunki świadczenia usług medycznych:

W ramach zawartej umowy od dnia 01.10.2024 do 29.12.2024 r. łączna ilość udzielanych świadczeń zdrowotnych będzie mieściła się w przedziale od 420-490 godzin zgodnie z ustalonym harmonogramem dyżurów w systemie zmianowym od poniedziałku do niedzieli maksymalnie do 14 godzin na dobę (w szczególności w soboty, niedziele i święta).

Przed zawarciem umowy liczba godzin zostanie skonkretyzowana.

Warunki umowy stanowi zał. nr. 1 do zapytania ofertowego

V. KRYTERIA OCENY OFERTY

1. cena 100 % -sposób oceny minimalizacja

VI. TERMIN I SPOSÓB SKŁADANIA OFERT

1. Ofertę należy złożyć wg wzoru formularza ofertowego (zał. Nr 2);
2. Oferta musi być sporządzona w języku polskim;
3. Oferta musi być czytelna;
4. Ofertę należy złożyć w terminie do dnia 30.09.2024r. w jeden z dostępnych sposobów:

- **w formie skanu pocztą elektroniczną na adres monika.nestorowicz@strazgraniczna.pl**

5. Zamawiający odrzuci ofertę:
1) złożoną po terminie;
2) złożoną przez wykonawcę niespełniającego warunków udziału w postępowaniu;
3) niezgodną z treścią zapytania ofertowego;
4) zawierającą błędy nie będące oczywistymi omyłkami pisarskimi lub rachunkowymi;
6. Wykonawcy ponoszą wszelkie koszty własne związane z przygotowaniem i złożeniem oferty, niezależnie od wyniku postępowania.
7. Termin związania ofertą: 30 dni od zakończenia terminu składania ofert

VII. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU OFERTY/OPIS SPOSOBU WYBORU OFERTY

Oferta najkorzystniejsza zostanie wybrana spośród ofert niepodlegających odrzuceniu, na podstawie kryteriów wskazanych w punkcie V.

VIII. DODATKOWE INFORMACJE/OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTU

Dodatkowych informacji udziela
mjr SG Marek MAKAREWICZ
tel.89 750 30 35
Monika NESTOROWICZ
tel. 89 750 30 37
e-mail: monika.nestorowicz@strazgraniczna.pl
Józef WOŚ
tel. tel. 89 750 34 51

X. Informacja o przetwarzaniu Pana/Pani danych osobowych znajduje się na stronie Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej pod adresem http://wm.strazgraniczna.pl/wm/rodo/28503,RODO.html

Załączniki zapytania ofertowego/~~ogłoszenia o zamówieniu~~:

1. **Wzór umowy 9 str.**
2. **Formularz ofertowy 1 str. 3.Oświadczenie dot. przeciwdziałaniu agresji 1 str.**

Kętrzyn , dnia 27.09.2024r. Kierownik Służby Zdrowia W-MOSG w Kętrzynie mjr SG Marek MAKAREWICZ

....

(data) (podpis osoby prowadzącej procedurę, działającej w imieniu zamawiającego)

Zał. Nr 1

Egz. Nr……

UMOWA NR …….

Zawarta w dniu ..... w Kętrzynie pomiędzy:

Warmińsko-Mazurskim Oddziałem Straży Granicznej, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78, 11-400 Kętrzyn, reprezentowanym przez **Komendanta Oddziału**, w imieniu którego działa: **płk SG Wojciech NIEWULIS – Zastępca Komendanta Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej** (pełnomocnictwo 453 z dnia 10 czerwca 2024r.) przy kontrasygnacie: **płk SG Edyty MAKAR – Głównego Księgowego Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej** zwanym dalej **„ Zamawiającym"** a

zwanym w treści umowy **„Wykonawcą".**

W wyniku przeprowadzenia przez **Zamawiającego** rozpoznania rynku została zawarta umowa o następującej treści:

§ 1

1. **Zamawiający** zleca, a **Wykonawca** przyjmuje do wykonania obowiązek udzielania usług medycznych w zakresie usług ratownika medycznego dla osób przebywających w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Kętrzynie, dalej zwanym „Ośrodkiem".
2. **Wykonawca** zobowiązuje się do udzielania usług medycznych będących przedmiotem umowy, służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia powodujących zagrożenie życia, a także w razie wszelkich innych zachowań
   a w szczególności:
   7) udzielanie pomocy medycznej osobom znajdującym się w stanach zagrożenia zdrowia lub życia,
   8) dokonywanie oceny stanu zdrowia osób,
   9) wykonywanie zabiegów w ramach działalności ambulatoryjnej, zgodnie ze zleceniami lekarza oraz prowadzenie w tym zakresie stosownej ewidencji,
   10) prowadzenie gabinetu lekarskiego i zabiegowego Ośrodka,
   11) bieżące prowadzenie dokumentacji medycznej
   12) wydawanie leków zleconych przez lekarza.
3. **Wykonawca** zobowiązany jest do wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy zgodnie z ofertą i nie ma prawa do przenoszenia swoich obowiązków na inne podmioty gospodarcze.

§ 2

1. Ze względu na sposób organizacji pracy u **Zamawiającego, Wykonawca** będzie wykonywał swoje obowiązki w formie dyżurów, zgodnie z harmonogramem ustalanym w uzgodnieniu z **Zamawiającym.** Wzór harmonogramu stanowi załącznik numer 1 do umowy.
2. Łączna ilość godzin udzielanych usług medycznych przez **Wykonawcę** w okresie obowiązywania umowy będzie wynosić: …….. godzin
3. Zamawiający dopuszcza możliwość zmiany harmonogramu z 7 dniowym wyprzedzeniem za zgodą stron.
4. Zamawiający dopuszcza możliwość zmiany ilości godzin udzielanych świadczeń usług medycznych w trakcie obowiązywania umowy.
5. Miejscem udzielania usług medycznych jest teren Ośrodka zlokalizowany w kompleksie koszarowym **Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78, 11-400 Kętrzyn** .

§ 3

1. **Wykonawca** zobowiązuje się do rzetelnego wykonywania usług medycznych w zakresie usług ratownika medycznego przy wykorzystaniu sprzętu, aparatury i innych środków **Zamawiającego**, niezbędnych do udzielania pomocy medycznej.
2. **Wykonawca** zobowiązuje się do prowadzenia wymaganej dokumentacji udzielanych świadczeń, w tym dokumentacji medycznej, według zasad obowiązujących u **Zamawiającego** oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Dokumentacja powinna być sporządzona w sposób merytorycznie rzetelny, winna być czytelna oraz zawierać kompletne dane wymagane dla poszczególnych rodzajów dokumentacji zgodnie z obowiązującymi wzorami dokumentów.
4. Właścicielem dokumentacji, w tym medycznej, jest **Zamawiający**. Udostępnianie dokumentacji medycznej następuje wyłącznie w przypadkach określonych ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 799), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 798) oraz zgodnie z zasadami obowiązującymi u **Zamawiającego** i za jego zgodą.
5. **Wykonawca** zobowiązuje się do noszenia ubrania ochronnego wraz z identyfikatorem, spełniającego wymagane standardy, **Zamawiający** nie zapewnia odzieży ochronnej i roboczej oraz innych środków ochrony indywidualnej.

6. **Wykonawca** jest w pełni odpowiedzialny za udzielanie usług medycznych w Ośrodku bez udziału lekarza oraz za udzielanie świadczeń na zlecenie lekarza i ponosi odpowiedzialność za wykonywane czynności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych.
7. **Wykonawca** zobowiązuje się do odpowiedniego przestrzegania przepisów porządkowych obowiązujących u **Zamawiającego**, stosowania się do wdrożonych procedur oraz zarządzeń obowiązujących u **Zamawiającego**.
8. **Wykonawca** obowiązany jest ściśle przestrzegać przepisów RODO Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1 z późn.zm.) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1781) oraz ponosi pełną odpowiedzialność z tytułu naruszenia wyżej wymienionych przepisów i ewentualnego udostępnienia danych osobowych pacjentów osobom nieuprawnionym.

§ 4

W trakcie realizacji zamówienia **Zamawiający** uprawniony jest do wykonywania czynności kontrolnych wobec **Wykonawcy** odnośnie sposobu udzielania świadczeń.

§ 5

1. **Wykonawca oświadcza,** że dysponuje osobami zdolnymi i uprawnionymi do wykonania zamówienia oraz, że osoby wykonujące usługę będą posiadały w okresie wykonywania niniejszej umowy aktualne zaświadczenia wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania czynności, o których mowa w § 1., badania lekarskie oraz dokumenty uprawniające do wykonywania zamówienia osób przewidzianych do wykonywania usług medycznych **Wykonawca** przedkłada **Zamawiającemu** w terminie 5 dni od zawarcia umowy.
2. Jeżeli w trakcie obowiązywania niniejszej umowy upływa termin ważności zaświadczeń, o których mowa w ust. 1, **Wykonawca** zobowiązuje się dostarczyć aktualne zaświadczenia w terminie 3 dni przed upływem terminu ich ważności.

§ 6

Strony zgodnie postanawiają, że **Wykonawca** zobowiązany jest:

1) znać przepisy oraz zasady bezpieczeństwa i higieny pracy, zagrożenia występujące u **Zamawiającego** oraz obowiązujące procedury,

2) wykonywać świadczenia w sposób zgodny z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny prac, reżimem sanitarno-epidemiologicznym oraz stosować się do wydawanych w tym zakresie poleceń i wskazówek przez **Zamawiającego**,
3) znać i przestrzegać akty prawne obowiązujące w ochronie zdrowia oraz przepisy wewnętrzne obowiązujące u **Zamawiającego**,
4) niezwłocznie zawiadomić **Zamawiającego** o zauważonym wypadku albo zagrożeniu życia lub zdrowia ludzkiego oraz ostrzec współpracowników, a także inne osoby, znajdujące się w rejonie zagrożenia, o grożącym im niebezpieczeństwie,
5) znać i przestrzegać przepisy określające prawa pacjenta.

§ 7

1. **Wykonawca** ponosi pełną odpowiedzialność za szkody i zaniechania wyrządzone z jego winy przy realizacji niniejszej umowy.
2. **Wykonawca** oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej z tytułu świadczenia usług zdrowotnych na kwotę nie niższą, niż 30.000 euro i zobowiązuje się do kontynuowania tego ubezpieczenia przez cały okres trwania niniejszej umowy.
3. **Wykonawca** dostarczy **Zamawiającemu** w terminie 5 dni od zawarcia umowy kserokopię polisy ubezpieczeniowej. Jeżeli w trakcie niniejszej umowy upływa termin ważności polisy, **Wykonawca** zobowiązuje się dostarczyć polisę na kolejny okres w terminie 3 dni przed upływem tego terminu, pod rygorem rozwiązania umowy bez wypowiedzenia przez **Zamawiającego**.
4. Jeżeli w trakcie realizacji niniejszej umowy minimalna kwota obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ulegnie zwiększeniu, **Wykonawca** zobowiązuje się do przedłożenia polisy uzupełniającej w terminie 3 dni od daty takiej zmiany, pod rygorem rozwiązania umowy bez wypowiedzenia przez **Zamawiającego**.

§ 8

1. **Zamawiający** zobowiązuje się zapewnić **Wykonawcy** pomieszczenia, sprzęt, aparaturę i środki medyczne, niezbędne do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących przedmiot umowy.
2. **Zamawiający** nie pobiera wynagrodzenia za korzystanie ze sprzętu, aparatury i środków medycznych, o których mowa w ust 1.
3. Awarie, uszkodzenia sprzętu, braki powstałe w czasie pełnionego dyżuru **Wykonawca** zobowiązuje się zgłaszać Kierownikowi Służby Zdrowia W-MOSG.

4. **Wykonawca** zobowiązany jest do przestrzegania instrukcji obsługi i użytkowania sprzętu, aparatury medycznej. Wszystkie czynności zawarte w instrukcjach należy wykonywać z należytą starannością.
5. **Wykonawca** ponosi koszty szkód wyrządzonych w mieniu Zamawiającego.

§ 9

1. Strony ustalają stawkę za każdą godzinę świadczonej usługi medycznej w zakresie usług ratownika medycznego zgodnie ze złożoną ofertą, w wysokości złotych brutto (słownie: złotych brutto).
2. Określona w ust. 1 stawka godzinowa zawiera wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu umowy, w tym min. koszty dojazdów do miejsca świadczenia usługi, koszty odzieży ochronnej, badań przydatności do pracy, ubezpieczenia OC itp.
3. Należność z tytułu wykonywania umowy stanowić będzie iloczyn liczby zrealizowanych godzin i stawki godzinowej określonej w ust. 1.
4. Strony ustalają, że wykonana usługa rozliczana będzie w okresach miesięcznych, na podstawie prawidłowo wystawionej przez Wykonawcę faktury VAT.
5. Podstawą wystawienia faktury VAT przez **Wykonawcę** będzie zatwierdzone przez **Zamawiającego** lub osobę przez niego upoważnioną zestawienie ilości godzin udzielonych usług medycznych. Wzór zestawienia ilości godzin udzielonych usług medycznych stanowi załącznik numer 2 do umowy.
6. Wynagrodzenie płatne będzie na podstawie faktur VAT wystawianych przez **Wykonawcę** po zakończeniu każdego miesiąca w terminie 21 dni od daty otrzymania przez **Zamawiającego** prawidłowo wystawionej faktury VAT, na rachunek bankowy wskazany w fakturze.
7. Jako dzień zapłaty ustala się dzień obciążenia rachunku bankowego **Zamawiającego**.
8. Za każdy dzień zwłoki w zapłacie wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1, **Wykonawca** może żądać odsetek ustawowych.
9. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 jest stałe i nie ulega waloryzacji przez okres trwania umowy.

§ 10

1. Strony ustalają odpowiedzialność za niewykonanie, nienależyte wykonywanie lub nienależyte wykonanie zobowiązań określonych w umowie w formie kar umownych. **Wykonawca** zapłaci **Zamawiającemu** karę umowną:

1) za nieobecność ratownika w wyznaczonym dniu w miejscu świadczenia usługi - kwotę 400,00 zł za każde zdarzenie,
2) za zakończenie świadczenia usługi i opuszczenie miejsca udzielania świadczeń przed końcem zmiany określonej w harmonogramie, o którym mowa w § 2 ust. 1 - kwotę 200,00 zł za każde zdarzenie,

3) za brak wymaganej odzieży w miejscu świadczenia usług – kwotę 100,00 zł za każdy stwierdzony przypadek,
4) za niedostarczenie w terminie wskazanym w § 5 ust. 1 i 2 oraz § 7 ust. 3 i 4 wymaganych dokumentów - kwotę 30,00 zł za każdy dzień zwłoki,
5) za odstąpienie od umowy Zamawiającego z winy Wykonawcy – kwotę 3.000,00 zł.

2. Zamawiający zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych Kodeksu cywilnego za szkodę wyrządzoną mu przez **Wykonawcę** jeżeli szkoda przewyższy wysokość zastrzeżonych kar umownych.

3. **Wykonawca** oświadcza, że wyraża zgodę na potrącenie w rozumieniu art. 498 i 499 kodeksu cywilnego powstałych wierzytelności w tym z tytułu kar umownych określonych w ust. 1, z jakiejkolwiek należności Wykonawcy- z tym, że potrącenie to może dotyczyć także zobowiązań niewymagalnych. Jednocześnie Wykonawca oświadcza, że powyższe nie zostało złożone pod wpływem błędu, ani nie jest obarczone jakakolwiek inną wadą oświadczenia woli skutkującą jego nieważnością.

4. W przypadku zaistnienia sytuacji, o której mowa w ust. 1, **Zamawiający** wystawi notę obciążającą z tytułu naliczenia kar umownych. Nota będzie płatna w terminie 21 dni o od daty wystawienia jej przez Zamawiającego.

5. W przypadku niezachowania terminu o którym mowa w ust. 4 Zamawiający naliczy odsetki ustawowe za opóźnienie za każdy dzień zwłoki.

6. Zamawiający zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania za wyrządzoną mu przez Wykonawcę szkodę niezależnie od określonych w ust. 1 kar umownych.

§ 11

1. Wszystkie spory mogące wyniknąć w związku z realizacją niniejszej umowy strony będą w pierwszej kolejności rozstrzygać w drodze wzajemnych negocjacji.
2. W przypadku braku uzgodnienia stanowiska sprawy rozstrzygać będzie sąd właściwy dla siedziby **Zamawiającego**.

§ 12

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia **01.10.2024r**. do dnia **29.12.2024r**.
2. Umowa może zostać rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym na podstawie pisemnego oświadczenia jednej ze stron, gdy druga strona naruszyła istotne postanowienia umowy oraz w każdym czasie na mocy porozumienia stron.

3. **Zamawiający** może rozwiązać niniejszą umowę w trybie natychmiastowym w szczególności, gdy:
   1) wykonawca wypełnia warunki umowy w sposób naruszający postanowienia umowy,
   2) wykonawca nie wykonuje obowiązków wynikających z umowy,
   3) wykonawca nieprawidłowo prowadzi dokumentację medyczną i inną niezbędną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, co zostanie stwierdzone przez **Zamawiającego**

§ 13

W sprawach nie uregulowanych, niniejszą umową mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1061 z późn. zm.), ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie medycznym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 652) oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 799) oraz aktów wykonawczych do tych ustaw.

§ 14

Wszelkie zmiany do niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu pod rygorem nieważności.

§ 15

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa egzemplarze dla **Zamawiającego,** jeden egzemplarz dla **Wykonawcy**.

§ 16

Osobą odpowiedzialną za realizację umowy jest Kierownik Służby Zdrowia Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej z siedzibą w Kętrzynie.

Załącznik do umowy

1. Wzór harmonogramu dyżurów
2. Wzór zestawienia ilości godzin udzielania usług medycznych.

Zamawiający: **Wykonawca**:

Projekt FAMI.03.01-IZ.00-0001/24
„Organizowanie powrotów przymusowych oraz powrotów dobrowolnych".
Fundusz Azylu, Migracji i Integracji na lata 2021-2027

Załącznik nr 1 do umowy……

Harmonogram
udzielanych usług medycznych w miesiącu

Dzień m-ca	Praca w godzinach		Ilość godzin
	od	do	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

……
Podpis Wykonawcy

……
podpis Kierownika Służby Zdrowia lub osoby upoważniona

Projekt FAMI.03.01-IZ.00-0001/24
„Organizowanie powrotów przymusowych oraz powrotów dobrowolnych".
Fundusz Azylu, Migracji i Integracji na lata 2021-2027

Załącznik nr 2 do umowy……

Z E S T A W I E N I E

ilości godzin udzielonych usług medycznych

Miesiąc, rok					
Dzień m-ca	Praca w godzinach		Ilość godzin	Podpis realizującego usługę medyczną	Potwierdzenie
	od	do			
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Oświadczam, że w okresie od …… do ……udzieliłem usług medycznych w ilości…….. godzin.

……
Podpis Wykonawcy

……
podpis Kierownika Służby Zdrowia lub osoby upoważnionej

Zał. Nr 2

.....
(miejscowość, data)

FORMULARZ OFERTOWY

Dane Zamawiającego

Nazwa organizacji: **Warmińsko - Mazurski Oddział Straży Granicznej w Kętrzynie**
Adres: **ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78, 11-400 Kętrzyn**
E-mail: monika.nestorowicz@strazgraniczna.pl, tel.89 750 30 35, 89 750 30 36, 89 750 30 37

Dane Wykonawcy

Nazwa:
……
.....
Adres: ……
NIP: ……
E-mail: ....., tel.: .....

I. Nazwa i nr zamówienia:

Świadczenie usług medycznych, w zakresie usług ratownika medycznego, udzielanych osobom przebywającym w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Kętrzynie

II. Szczegóły dotyczące realizacji zamówienia:

Zgodnie z wzorem umowy stanowiącym zał.nr. 1 do zapytania ofertowego w trakcie jej obowiązywania od dnia 01.10.2024- 29.12.2024r. łączna ilość udzielanych świadczeń zdrowotnych będzie mieściła się w przedziale od **420-490** godzin zgodnie z ustalonym harmonogramem dyżurów w systemie zmianowym od poniedziałku do niedzieli maksymalnie do 14 godzin na dobę (w szczególności w soboty, niedziele i święta). Przed zawarciem umowy liczba godzin zostanie skonkretyzowana.

Oświadczam, iż zapoznałem się i akceptuję warunki dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia przedstawione w zapytaniu ofertowym~~/ogłoszeniu o zamówieniu~~ oraz we wzorze umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

III. Oświadczam, iż zapoznałem się i akceptuję warunki dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia przedstawione w zapytaniu ofertowym/~~ogłoszeniu o zamówieniu.~~

-wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych przez Warmińsko-Mazurski Oddział Straży Granicznej w Kętrzynie w celu monitoringu, sprawozdawczości i audytu realizowanego projektu, wyłącznie podmiotom uprawnionym do prowadzenia powyższych czynności lub ich przedstawicielom zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 1997 nr 133 poz. 883 z późn. zm.).

- dysponuję osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.

-jednocześnie oświadczam, że powyższe nie zostało złożone pod wpływem błędu, ani nie jest obarczone jakakolwiek inna wadą oświadczenia woli skutkującą jego nieważnością.

- zapoznałem się z warunkami zamówienia i zawrę pisemną umowę na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym załącznik numer 1 do zapytania ofertowego w miejscu i terminie wskazanym przez zamawiającego.

IV. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Cena ofertowa brutto za godzinę udzielania usług medycznych w zakresie usług ratownika medycznego

…… zł (słownie:.....)

Cena ofertowa zawiera wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu umowy, w tym min. Koszty dojazdów do miejsca świadczenia usługi, koszty odzieży ochronnej, badań przydatności do pracy, ubezpieczenia OC itp.

V. Załącznikami do niniejszego formularza ofertowego stanowiącego integralną część oferty są:

.....
podpis osoby uprawnionej

Zał. Nr 3

OŚWIADCZENIE dot. przeciwdziałaniu agresji

Ja Wykonawca: ……*(należy podać nazwę i adres Wykonawcy)* ubiegający się o zamówienie pn. …… oświadczam:

	Na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 – o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 835 oraz art. 5k rozporządzenie 2022/576, do rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 229 z 31.7.2014, str. 1), **z postępowania wyklucza się:**	**Oświadczam, że** **- nie podlegam** **- podlegam** **wykluczeniu**
1)	wykonawcę na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (tj. Dz. U. z dnia 15 kwietnia 2022 r. poz. 835), zwanej dalej „ustawą o przeciwdziałaniu".	Podlegam/ nie podlegam*
2)	wykonawcę wymienionego na mocy art. 1 pkt 23 rozporządzenia 2022/576 do rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 229 z 31.7.2014, str. 1) zostały dodane przepisy **art. 5k** w następującym brzmieniu: 1. Zakazuje się udzielania lub dalszego wykonywania wszelkich zamówień publicznych lub koncesji objętych zakresem dyrektyw w sprawie zamówień publicznych, a także zakresem art. 10 ust. 1, 3, ust. 6 lit. a)–e), ust. 8, 9 i 10, art. 11, 12, 13 i 14 dyrektywy 2014/23/UE, art. 7 i 8, art. 10 lit. b)–f) i lit. h)–j) dyrektywy 2014/24/UE, art. 18, art. 21 lit. b)–e) i lit. g)–i), art. 29 i 30 dyrektywy 2014/25/UE oraz art. 13 lit. a)–d), lit. f)–h) i lit. j) dyrektywy 2009/81/WE **na rzecz lub z udziałem**: a) obywateli rosyjskich lub osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji; b) osób prawnych, podmiotów lub organów, do których prawa własności bezpośrednio lub pośrednio w ponad 50 % należą do podmiotu, o którym mowa w lit. a) niniejszego ustępu; lub c) osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów działających w imieniu lub pod kierunkiem podmiotu, o którym mowa w lit. a) lub b) niniejszego ustępu, - w tym podwykonawców, dostawców lub podmiotów, na których zdolności polega się w rozumieniu dyrektyw w sprawie zamówień publicznych, w przypadku, gdy przypada na nich ponad 10 % wartości zamówienia.** **Lista osób i podmiotów (lista),** wobec których są stosowane środki, o których mowa w pkt 1, jest prowadzona przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych i publikowana w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej ministra właściwego do spraw wewnętrznych https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami.	a) Podlegam/ nie podlegam* b) Podlegam/ nie podlegam* c) Podlegam/ nie podlegam* - Podlegam/ nie podlegam*

……

data i podpis Wykonawcy

(lub osoby uprawnionej do reprezentowania wykonawcy)