

FORMULARZ OFERTOWY

1. DANE OFERENTA

NAZWA OFERENTA (zgodnie jak w CEIDG)		
KOD POCZTOWY I MIEJSCOWOŚĆ	PEŁNY ODRES POD JAKIM JEST PROWADZONA DZIAŁALNOŚĆ	
PESEL	NIP	REGON
NR TELEFONU	ADRES E- MAIL OFERENTA	
WYKSZTAŁCENIE <input type="checkbox"/> policealne zawodowe <input type="checkbox"/> wyższe I stopnia (licencjat) <input type="checkbox"/> wyższe II stopnia (magister)	STAŻ PRACY W ZRM JAKO RATOWNIK MED. /PIEŁĘGNIARZ/PIEŁĘGNIARKA <input type="checkbox"/> 0-5 lat <input type="checkbox"/> 5-10 lat <input type="checkbox"/> powyżej 10 lat	NINIEJSZĄ OFERTĘ SKŁADAM JAKO OSOBA WYKONUJĄCA ZAWÓD (zaznaczyć tylko jeden) <input type="checkbox"/> ratownik medyczny <input type="checkbox"/> pielęgniarz/pielęgniarka systemu <input type="checkbox"/> ratownik medyczny - kierowca
INFORMUJĘ, ŻE POSIADAM : <input type="checkbox"/> staż pracy umożliwiający pełnienie <u>funkcji kierownika</u> podstawowego zespołu ratownictwa medycznego <input type="checkbox"/> uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych		

2. OFERUJĘ UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH JAKO (ZAZNACZYĆ KRZYŻYKIEM)

<input type="checkbox"/>	RATOWNIK MEDYCZNY / PIEŁĘGNIARKA / PIEŁĘGNIARZ SYSTEMU
<input type="checkbox"/>	RATOWNIK MEDYCZNY - KIEROWCA

3. PROONUJĘ NASTĘPUJĄCĄ STAWKĘ :

a) w przypadku powierzenia funkcji kierownika podstawowego zespołu ratownictwa medycznego :

zł	Za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako ratownik medyczny/pielęgniarz/pielęgniarka systemu w zespole ratownictwa medycznego
----	--

b) w przypadku powierzenia funkcji ratownika medycznego – kierowcy zespołu ratownictwa medycznego :

zł	Za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako ratownik medyczny/pielęgniarz/pielęgniarka systemu w zespole ratownictwa medycznego
----	--

c) w przypadku powierzenia funkcji członka zespołu ratownictwa medycznego :

zł	Za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako ratownik medyczny/pielęgniarz/pielęgniarka systemu w zespole ratownictwa medycznego
----	--

4. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ILOŚCI GODZIN :

W przypadku nawiązania współpracy zobowiązuję się do udzielania świadczeń:

- w ilości godzin w zespołach ratownictwa medycznego w każdym miesiącu, w systemie 12 – godz. i 24 – godz. oraz w dni ustawowo wolne od pracy tj. soboty, niedziele i święta:
- Święta Bożego Narodzenia – minimum 1 dyżur
- Sylwester i Nowy Rok – minimum 1 dyżur
- Święta Wielkiej Nocy – minimum 1 dyżur

5. WYMAGANE DOKUMENTY

<input type="checkbox"/> Curriculum Vitae <input type="checkbox"/> wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej <input type="checkbox"/> świadectwo o niekaralności lub podpisane oświadczenie – załącznik nr 3 <input type="checkbox"/> orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do pracy <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie do celów sanitarno – epidemiologicznych <input type="checkbox"/> kopię dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe <input type="checkbox"/> kopię polisy ubezpieczeniowej <input type="checkbox"/> zaświadczenie potwierdzające przepracowanie 5000 godzin w ostatnich 5 latach w ZRM lub SOR	UWAGA : Dotyczy wszystkich oferentów. Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) spowoduje odrzucenie oferty.
<input type="checkbox"/> kopia aktualnej Karty Doskonalenia Zawodowego Ratownika Medycznego	UWAGA : Dotyczy wszystkich oferentów.
<input type="checkbox"/> kopia prawa jazdy <input type="checkbox"/> kopia pozwolenia na prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych	UWAGA : Dotyczy wszystkich oferentów składających ofertę jako ratownik med. – kierowca Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) spowoduje odrzucenie oferty.
<input type="checkbox"/> kopia certyfikatu ALS.ACLS certyfikowanego przez ERC/AHA <input type="checkbox"/> kopia certyfikatu EPLS/PALS/NLS certyfikowanego przez ERC/AHA <input type="checkbox"/> kopia certyfikatu ITLS/ETC/PHTLS	UWAGA : Dotyczy wszystkich oferentów. Załączenie kopii certyfikatów wymienionych kursów nie jest obowiązkowe. Ich brak nie powoduje odrzucenia oferty.

1. Będąc świadom konsekwencji wynikających z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane w części 1 dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z projektem umowy stanowiącej załącznik nr 2 do SWKO i akceptuję warunki w niej przedstawione.

.....
data i miejscowość

.....
podpis oferenta

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STAŻU PRACY

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 36 ust. 5 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882)

POSIADAM

NIE POSIADAM

doświadczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym w wymiarze co najmniej 5000 tyś. godzin w okresie ostatnich 5 lat.

.....
data i miejscowość

.....
podpis oferenta

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ W KONKURSIE OFERT

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679z 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 (dalej RODO), informujemy, że:

- 1) Administratorem Pana/i danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie, z siedzibą w Sopocie 81-756, ul. Bolesława Chrobrego 10, adres do korespondencji jw. z dopiskiem IOD.
- 2) Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: iodo@msprsopot.pl
- 3) Celem przetwarzania Pana/i danych osobowych jest przeprowadzenie procesu konkursu ofert na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021r., poz. 711).
- 4) W przypadku pozytywnego przejścia procedury konkursu ofert Pana/i dane osobowe będą udostępnione podmiotowi działającemu na rzecz Administratora danych osobowych w zakresie działania systemu SWD PRM, w pozostałych przypadkach Pana/i dane osobowe nie będą udostępniane odbiorcom w rozumieniu art. 4 pkt 9 **RODO**.
- 5) Pana/i dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania procedury konkursu ofert a po jego zakończeniu zostaną usunięte zgodnie z art. 5 ust. 1 lit. e) RODO.
- 6) Ma Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania. Prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania przysługuje Panu/i w przypadku danych przetwarzanych bezpodstawnie.
- 7) Ma Pan/i prawo wniesienia skargi do polskiego organu nadzorczego lub organu nadzorczego innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, właściwego ze względu na miejsce Pan/i zwykłego pobytu.
- 8) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2021r., poz. 711) oraz ustawy z dnia 8 września 2008 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 882).
- 9) Podanie danych osobowych jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku ich niepodania zawarcie umowy jest niemożliwe.
- 10) Pana/i dane nie będą podlegały profilowaniu w rozumieniu art. 22 RODO.

.....
Data i miejscowość

.....
podpis oferenta