

## 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	
<b>WYKSZTAŁCENIE</b> <input type="checkbox"/> policealne zawodowe <input type="checkbox"/> wyższe I stopnia (licencjat) <input type="checkbox"/> wyższe II stopnia (magister)	<b>STAŻ PRACY W ZRM JAKO RATOWNIK MED. /PIELĘGNIARZ/PIELĘGNIARKA</b> <input type="checkbox"/> 0-5 lat <input type="checkbox"/> 5-10 lat <input type="checkbox"/> powyżej 10 lat	<b>NINIEJSZĄ OFERTĘ SKAŁADM JAKO OSOBA WYKONUJĄCA ZAWÓD</b> (zaznaczyć tylko jeden) <input type="checkbox"/> ratownik medyczny/ pielęgniarz/pielęgniarka systemu- <u>kierownik</u> <input type="checkbox"/> ratownik medyczny/pielęgniarz/pielęgniarka <u>członek ZRM</u> <input type="checkbox"/> ratownik medyczny/pielęgniarz/pielęgniarka systemu – <u>kierowca</u> <input type="checkbox"/> ratownik medyczny/ pielęgniarz/pielęgniarka systemu- <u>kierownik i kierowca</u> tj. pełniącego funkcję kierownika podstawowego ZRM oraz posiadającego uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych
<b>INFORMUJĘ, ŻE POSIADAM:</b> <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 / PIELĘGNIARKA / PIELĘGNIARZ SYSTEMU- KIEROWNIK
<input type="checkbox"/>	RATOWNIK MEDYCZNY/ PIELĘGNIARKA / PIELĘGNIARZ SYSTEMU- CZŁONEK ZRM
<input type="checkbox"/>	RATOWNIK MEDYCZNY / PIELĘGNIARKA / PIELĘGNIARZ SYSTEMU- KIEROWCA
<input type="checkbox"/>	RATOWNIK MEDYCZNY/ PIELĘGNIARKA / PIELĘGNIARZ SYSTEMU-KIEROWNIK i KIEROWCA tj. pełniącego funkcję kierownika oraz posiadającego uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych

## 3. PROPONUJĘ 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/pielęgniarki/pielęgniarsza – kierowcy zespołu ratownictwa medycznego:

<b>zł</b>	Za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako ratownik medyczny/pielęgniarski/pielęgniarka systemu w zespole ratownictwa medycznego
-----------	--

**c) w przypadku powierzenia funkcji członka zespołu ratownictwa medycznego:**

<b>zł</b>	Za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako ratownik medyczny/pielęgniarski/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**

Ratownik medyczny	Pielęgniarski/pielęgniarka	
<p>Wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,</p> <p>przebieg pracy zawodowej (CV oraz oświadczenie do celów rekrutacji zawierające zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez MSPR z Przychodnią w Sopocie),</p> <p>kopię dokumentów potwierdzających uzyskanie kwalifikacji zawodowych w tym dyplomu potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Przyjmującego zamówienie,</p> <p>aktualne orzeczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na danym stanowisku,</p> <p>aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych,</p> <p>zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy,</p> <p>zaświadczenie o niekaralności w pełnym zakresie wystawione nie później niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert lub podpisane oświadczenie o niekaralności stanowiące załącznik nr 3,</p> <p>oświadczenie o zawarciu/ zamiarze zawarcia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej stanowiące załącznik nr 4 do oferty.</p>	<p>Wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,</p> <p>przebieg pracy zawodowej (CV oraz oświadczenie do celów rekrutacji zawierające zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez MSPR z Przychodnią w Sopocie),</p> <p>kopię dokumentów potwierdzających uzyskanie kwalifikacji zawodowych w tym dyplom pielęgniarski/pielęgniarki potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Przyjmującego zamówienie</p> <p>Zaświadczenie o Prawie wykonywania zawodu pielęgniarski, pielęgniarski,</p> <p>Zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnej praktyki pielęgniarski w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych lub podmiotów wykonujących działalność leczniczą,</p> <p>aktualne orzeczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na danym stanowisku,</p> <p>aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych,</p> <p>zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy,</p> <p>zaświadczenie o niekaralności w pełnym zakresie wystawione nie później niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert lub podpisane</p>	<p>UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów</p> <p>Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) <b>może spowodować odrzucenie oferty.</b></p>

<p>oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz warunkami konkursu stanowiące <u>załącznik nr 5 do oferty</u>,</p> <p>Zaświadczenie potwierdzające przepracowanie 5.000 godzin w ostatnich 5 latach w ZRM lub SOR.</p>	<p>oświadczenie o niekaralności stanowiące <u>załącznik nr 3</u>,</p> <p>oświadczenie o zawarciu/ zamiarze zawarcia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej stanowiące <u>załącznik nr 4 do oferty</u>,</p> <p>oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz warunkami konkursu stanowiące <u>załącznik nr 5 do oferty</u>,</p> <p>Zaświadczenie potwierdzające przepracowanie 5.000 godzin w ostatnich 5 latach w ZRM lub SOR</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kopia aktualnej Karty Doskonalenia Zawodowego Ratownika Medycznego</li> </ul>		<p><b>UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów.</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kopia prawa jazdy</li> <li>○ Kopia pozwolenia na prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kopia prawa jazdy</li> <li>○ Kopia pozwolenia na prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych</li> </ul>	<p><b>UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów składających ofertę jako ratownik medyczny-kierowca i ratownik medyczny - kierownik i kierowca</b></p> <p>Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) <b>może spowodować odrzucenie oferty.</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ kopia certyfikatu ALS.ACLS certyfikowanego przez ERC/AHA</li> <li>○ kopia certyfikatu EPLS/PALS/NLS certyfikowanego przez ERC/AHA</li> <li>○ kopia certyfikatu ITLS/ETC/PHTLS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ kopia certyfikatu ALS.ACLS certyfikowanego przez ERC/AHA</li> <li>○ kopia certyfikatu EPLS/PALS/NLS certyfikowanego przez ERC/AHA</li> <li>○ kopia certyfikatu ITLS/ETC/PHTLS</li> </ul>	<p><b>UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów.</b></p> <p>Załączenie kopii certyfikatów wymienionych kursów nie jest obowiązkowe. Ich brak <b>nie powoduje odrzucenia oferty.</b></p>

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) 2016/679 z 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:

- a) 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.
- b) Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: [iodo@msprsopot.pl](mailto:iodo@msprsopot.pl).
- c) 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.
- d) 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.
- e) 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.
- f) 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.
- g) 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.
- h) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 8 września 2008 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
- i) Podanie danych osobowych jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku ich niepodania zawarcie umowy jest niemożliwe.
- j) Pana/i dane nie będą podlegały profilowaniu w rozumieniu art. 22 RODO.

.....  
Data i miejscowość

.....  
podpis oferenta