

FORMULARZ OFERTOWY

1. DANE OFERENTA

NAZWA OFERENTA (zgodnie jak w CEIDG)		
KOD POCZTOWY I MIEJSCOWOŚĆ	PEŁNY ADRES 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. /PIELĘGNIARZ/PIELĘGNIARKA <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/ pielęgniarz/pielęgniarka systemu- <u>kierownik</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
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 / PIELĘGNIARKA / PIELĘGNIARZ SYSTEMU- KIEROWNIK
<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/pielęgniacza – kierowcy 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 nie mniej niż..... 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	Pielęgniarz/pielęgniarka	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, ➤ przebieg pracy zawodowej (CV oraz oświadczenie do celów rekrutacji zawierające zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez MSPRzP w Sopocie), ➤ kserokopię dokumentów potwierdzających uzyskanie kwalifikacji zawodowych oraz specjalizacji potwierdzone przez Oferenta za zgodność z oryginałem przez Przyjmującego zamówienie, ➤ aktualne orzeczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na danym stanowisku, ➤ aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych, ➤ zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy, ➤ zaświadczenie o niekaralności w pełnym zakresie wystawione nie później niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert lub podpisane oświadczenie o niekaralności za przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu stanowiące załącznik <u>nr 3 do SWKO</u>, ➤ Oświadczenie o posiadaniu/zamiarze posiadania na koszt własny i przedstawienie Udzielającemu Zamówienie przed rozpoczęciem obowiązywania umowy zawartej z MSPRzP w Sopocie: <p>a) aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na warunkach określonych w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą tj. minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC winna wynosić 30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, ➤ przebieg pracy zawodowej (CV oraz oświadczenie do celów rekrutacji zawierające zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez MSPRzP w Sopocie), ➤ kserokopię dokumentów potwierdzających uzyskanie kwalifikacji zawodowych oraz specjalizacji potwierdzone przez Oferenta za zgodność z oryginałem przez Przyjmującego zamówienie, w tym dyplom pielęgniarza/pielęgniarki potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Przyjmującego zamówienie ➤ Zaświadczenie o Prawie wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarza, ➤ Zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnej praktyki pielęgniarki w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych lub podmiotów wykonujących działalność leczniczą ➤ aktualne orzeczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na danym stanowisku, ➤ aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych, ➤ zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy, ➤ zaświadczenie o niekaralności w pełnym zakresie wystawione nie później niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert lub podpisane oświadczenie o niekaralności za przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu stanowiące załącznik <u>nr 3 do SWKO</u>, ➤ Oświadczenie o posiadaniu/zamiarze posiadania na koszt własny i przedstawienie Udzielającemu 	<p>UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów</p> <p>Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) może spowodować odrzucenie oferty.</p>

<p>b) aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w karetce/ambulansie oraz jej wyposażeniu, jak również w sprzęcie medycznym i niemedycznym służącym do wykonywania czynności zawodowych,</p> <p>c) aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie badania na obecność wirusów HIV lub WZW oraz zakażenia z tytułu zakażenia HIV i WZW, oświadczenie stanowi <u>załącznik nr 4 do SWKO</u>,</p> <p>➤ oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz warunkami konkursu- stanowiące <u>załącznik nr 5 do SWKO</u>,</p> <p>➤ Oświadczenie pracownika/osoby zatrudnionej lub współpracującej dot. ochrony małoletnich stanowiące <u>załącznik nr 6 do SWKO</u>,</p> <p>➤ kserokopia aktualnego zezwolenia na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym oraz prawa jazdy kat. B (skrzynia manualna),</p> <p>➤ kserokopie certyfikatów potwierdzających odbyte kursy (ALS, ACLS, ITLS, PALS, EPLS, NLS, ETC) prowadzone wyłącznie przez uprawnione podmioty potwierdzone certyfikatem (jeżeli Przyjmujący zamówienie taki dokument posiada),</p> <p>➤ kserokopię aktualnej Karty Doskonalenia Zawodowego dla Ratownika Medycznego potwierdzoną przez Oferenta za zgodność z oryginałem,</p>	<p>Zamówienie przed rozpoczęciem obowiązywania umowy zawartej z MSPRzP w Sopocie:</p> <p>d) aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na warunkach określonych w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą tj. minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC winna wynosić 30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń.</p> <p>e) aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w karetce/ambulansie oraz jej wyposażeniu, jak również w sprzęcie medycznym i niemedycznym służącym do wykonywania czynności zawodowych,</p> <p>f) aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie badania na obecność wirusów HIV lub WZW oraz zakażenia z tytułu zakażenia HIV i WZW, oświadczenie stanowi <u>załącznik nr 4 do SWKO</u>,</p> <p>➤ oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz warunkami konkursu- stanowiące <u>załącznik nr 5 do SWKO</u>,</p> <p>➤ Oświadczenie pracownika/osoby zatrudnionej lub współpracującej dot. ochrony małoletnich stanowiące <u>załącznik nr 6 do SWKO</u>,</p> <p>➤ kserokopia aktualnego zezwolenia na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym oraz prawa jazdy kat. B (skrzynia manualna),</p> <p>➤ kserokopie certyfikatów potwierdzających odbyte kursy (ALS, ACLS, ITLS, PALS, EPLS, NLS, ETC) prowadzone wyłącznie przez uprawnione podmioty potwierdzone certyfikatem (jeżeli Przyjmujący zamówienie taki dokument posiada),</p> <p>➤ kserokopię aktualnej Karty Doskonalenia Zawodowego dla Ratownika Medycznego potwierdzoną przez Oferenta za zgodność z oryginałem,</p>	
<p>○ Kopia aktualnej Karty Doskonalenia Zawodowego Ratownika Medycznego</p>		<p>UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów.</p>

<ul style="list-style-type: none"> ○ Kopia prawa jazdy ○ Kopia pozwolenia na prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kopia prawa jazdy ○ Kopia pozwolenia na prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych 	<p>UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów składających ofertę jako ratownik medyczny-kierowca i ratownik medyczny - kierownik i kierowca</p> <p>Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) może spowodować odrzucenie oferty.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ kopia certyfikatu ALS.ACLS certyfikowanego przez ERC/AHA ○ kopia certyfikatu EPLS/PALS/NLS certyfikowanego przez ERC/AHA ○ kopia certyfikatu ITLS/ETC/PHTLS 	<ul style="list-style-type: none"> ○ kopia certyfikatu ALS.ACLS certyfikowanego przez ERC/AHA ○ kopia certyfikatu EPLS/PALS/NLS certyfikowanego przez ERC/AHA ○ kopia certyfikatu ITLS/ETC/PHTLS 	<p>UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów.</p> <p>Załączenie kopii certyfikatów wymienionych kursów nie jest obowiązkowe. Ich brak nie powoduje odrzucenia oferty.</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: ido@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