

## 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><br><input type="checkbox"/> policealne zawodowe<br><input type="checkbox"/> wyższe I stopnia (licencjat)<br><input type="checkbox"/> wyższe II stopnia (magister)                            | <b>STAŻ PRACY JAKO PIELĘGNIARZ/PIELĘGNIARKA</b><br><input type="checkbox"/> 0-3 lat<br><input type="checkbox"/> powyżej 3 lat | <b>NINIEJSZĄ OFERTĘ SKŁADM JAKO OSOBA WYKONUJĄCA ZAWÓD</b><br>Pielęgniarz/pielęgniarka |
| <b>INFORMUJĘ, ŻE POSIADAM (odpowiednie zaznaczyć) :</b><br><input type="checkbox"/> specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego<br><input type="checkbox"/> kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwo rodzinne. |   |  |

## 2. OFERUJĘ UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH JAKO:

Pielęgniarka/pielęgniarz w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w MSPRzP w Sopocie.

## 3. PROPONUJĘ NASTĘPUJĄCĄ STAWKĘ:

|           |  |
|-----------|--|
| <b>zł</b> | Za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w Miejskiej Stacji Pogotowie Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie od poniedziałku do piątku w godz. od 18.00- 08.00 oraz w dni wolne od pracy od 08.00-20.00, od 20.00-08.00 lub od 08.00 do 08.00. |
|-----------|--|

## 4. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ILOŚCI GODZIN:

W przypadku nawiązania współpracy zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w ilości nie mniejszej niż ..... godzin miesięcznie w tym:

- w ilości ..... godzin w każdym miesiącu, w systemie 14 – godz.
- w ilości .....godzin w dni ustawowo wolne od pracy tj. soboty, niedziele i święta godzin w każdym miesiącu, w systemie 12 – godz., 24- godz.

## 5. WYMAGANE DOKUMENTY

| Pielęgniarz/pielęgniarka  |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ przebieg pracy zawodowej (CV oraz oświadczenie do celów rekrutacji zawierające zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez MSPR w Sopocie),</li> <li>➤ Dyplom/świadectwo uzyskania tytułu zawodowego pielęgniarki, pielęgniarza,</li> <li>➤ Zaświadczenie o Prawie wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarza Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych,</li> <li>➤ Zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnej praktyki pielęgniarek, położnych Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych,</li> <li>➤ wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,</li> <li>➤ Kopie Księgi Rejestrowej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych,</li> <li>➤ Kopie dokumentów potwierdzających uzyskanie kwalifikacji zawodowych potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Przyjmującego zamówienie,</li> <li>➤ aktualne orzeczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na danym stanowisku,</li> <li>➤ aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych,</li> <li>➤ zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy,</li> <li>➤ zaświadczenie o niekaralności w pełnym zakresie wystawione nie później niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,</li> <li>➤ Oświadczenie o posiadaniu/zamiarze posiadania na koszt własny i <u>przedstawienie Udzielającemu Zamówienie przed rozpoczęciem obowiązywania umowy</u> zawartej z MSPRzP w Sopocie:</li> <li>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.</li> <li>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,</li> <li>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 załącznik <u>nr 4 do SWKO</u>,</li> <li>➤ oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz warunkami konkursu- stanowiące <u>załącznik nr 5 do SWKO</u>,</li> <li>➤ Oświadczenie osoby współpracującej dot. ochrony małoletnich stanowiące <u>załącznik nr 3 do SWKO</u></li> </ul> | <p>UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów</p> <p><b>Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) może spowodować odrzucenie oferty.</b></p> |

6. Będąc świadom konsekwencji wynikających z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane w części 1 dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym.
7. 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

## 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: [iod@msprsopot.pl](mailto:iod@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 informatycznego MSPRSOPOT.MED, 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.
- 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