

**O F E R T A na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

Proszę o wypełnienie oferty pismem drukowanym

**Część I. Informacje:**

1. Imię i nazwisko Oferenta: .....
2. Nazwa i adres firmy: .....  
.....
3. Adres do korespondencji (jeśli jest inny, niż adres działalności gospodarczej):  
.....
4. Numer telefonu: .....
5. e-mail: .....
6. Numer PESEL: .....
7. Numer REGON: .....
8. Numer NIP .....
9. Imiona rodziców .....
10. Oferuję miesięczny wymiar czasu udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach ratownictwa medycznego w ilości godzin: **od .....** **godzin do .....** **godzin** w każdym miesiącu objętym umową.
11. Oferuję następujące kwoty należności – stawkę za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:..... złotych (słownie złotych.....).
12. Posiadam staż pracy na dzień złożenia oferty:

doświadczenie zawodowe w jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego	..... lat ..... m-cy
w tym w zespołach ratownictwa medycznego, których dysponentem jest Udzielający zamówienia, tj. SP ZOZ WSPRiTS w Płocku	..... lat ..... m-cy

13. Oferuję miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku\*:

Oddział w Płocku	
Oddział w Sierpcu	
Oddział w Gostyninie	

\*właściwe zaznaczyć X (jedna lub więcej pozycji)

14. Informacja o świadczeniu pracy/usług zdrowotnych **na rzecz innych podmiotów:**

Ja, niżej podpisany/na .....

świadomy/ma odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 kk w związku z treścią art. 233 § 6 kk składając ofertę do postępowania konkursowego na świadczenie usług zdrowotnych, niniejszym oświadczam, że aktualnie nie świadczę/świadczę\* pracę/usługi\* w zakresie

.....

na rzecz niżej wymienionych podmiotów, innych niż SP ZOZ WSPRiTŚ w Płocku:

Lp.	Nazwa jednostki	Rodzaj umowy	Stanowisko/czynności	Ilość godzin w m-cu

i w przypadku przyjęcia mojej oferty poza świadczeniem usług w SP ZOZ Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku zamierzam kontynuować świadczenie pracy/usług zdrowotnych na rzecz niżej wymienionych podmiotów:

Lp.	Nazwa jednostki	Rodzaj umowy	Stanowisko/czynności	Ilość godzin w m-cu

\*niepotrzebne skreślić

.....

Czytelny podpis oferenta

## **Część II. Oświadczenia:**

### **Oświadczam, że:**

1. Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia konkursu ofert.
2. Zapoznałam/em się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert.
3. Prowadzona przeze mnie działalność obejmuje zakres świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert.
4. Zapoznałam/em się i przyjmuję warunki umowy, według projektu sporządzonego przez Udzielającego zamówienie, stanowiącego *załącznik nr 2* do niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
5. Spełniam wymagania zdrowotne, określone we właściwych przepisach i przyjmuję obowiązek przedłożenia stosownego orzeczenia.
6. Przyjmuję obowiązek zawarcia/posiadania umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, kontynuowania przez cały czas trwania umowy i terminowego jej udokumentowania Udzielającemu zamówienie.
7. Realizację obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego i przedkładam aktualną Kartę Doskonalenia Zawodowego ratownika medycznego/Kartę Ustawicznego Rozwoju Zawodowego Ratownika Medycznego dla ratownika medycznego oraz Kartę Doskonalenia Zawodowego ratownika medycznego z zakończonego okresu edukacyjnego z wymaganymi wpisami potwierdzającymi zrealizowanie danych form doskonalenia zawodowego najpóźniej do dnia zawarcia umowy i na żądanie Udzielającego zamówienie.
8. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych, nie jestem skazany prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe, nie widnieję w rejestrze przestępców seksualnych.
9. Posiadam wiedzę o obowiązującej w SP ZOZ WSPRiTŚ w Płocku Procedurze zgłoszeń wewnętrznych.
10. Wyrażam wolę rozwiązania stosunku pracy z SP ZOZ WSPRiTŚ w Płocku za porozumieniem stron w przypadku wyboru oferty (dotyczy wyłącznie oferenta związanego z SP ZOZ WSPRiTŚ w Płocku umową o pracę).
11. Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną w zakresie przetwarzania danych osobowych i wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych zawartych w dokumentach ofertowych.

.....

Data i czytelny podpis oferenta

### Część III. Dokumenty:

Do oferty załączam następujące dokumenty\* (zaznaczyć X):

	<b>kopię dyplomu uzyskania tytułu zawodowego lekarza</b>
	<b>kopię dyplomu specjalizacji I lub II stopnia lub dyplom specjalisty w określonej dziedzinie, a dla lekarzy w trakcie specjalizacji – wydruk z SMK z danymi dotyczącymi specjalizacji, w szczególności dziedziny, terminu rozpoczęcia i ukończenia, poświadczenie realizacji</b>
	<b>kopię prawa wykonywania zawodu</b>
	<b>zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub wydruk księgi rejestrowej pobrany po dacie ogłoszenia konkursu ofert</b>
	<b>wpis do ewidencji działalności gospodarczej, pobrany z Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej (CEIDG) pobrany po dacie ogłoszenia konkursu, według aktualnej klasyfikacji PKD</b>
	<b>kopię zapytania o udzielenie informacji o osobie – wydruk z Krajowego Rejestru Karnego (zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępstwami na tle seksualnym i ochronie małoletnich) – zaświadczenie o niekaralności</b>
	<b>inne:</b>

**\* wszystkie strony kopii dokumentów powinny być opatrzone adnotacją „za zgodność z oryginałem” i podpisane przez oferenta**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie udostępnionych danych osobowych przez SP ZOZ WSPRiTS w Płocku w zakresie koniecznym dla przeprowadzenia i rozstrzygnięcia konkursu ofert oraz zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem – na zasadach określonych w ustawie o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U.2019.1781 z późn. zm.). Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie zawarta oraz odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 193 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. 2025.1461 z późn. zm.).

Data sporządzenia oferty:

Czytelny podpis Oferenta:

.....

.....