

## O F E R T A

### na udzielanie świadczeń przez ratowników kwalifikowanej pierwszej pomocy

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. Posiadam staż pracy na dzień złożenia oferty:  
W ramach udzielania świadczeń ratownika KPP w zespołach transportowych, którego dysponentem jest SP ZOZ WSPRiTŚ w Płocku - ..... lat ..... m-cy
11. Oferuję miejsce udzielania świadczeń przez ratownika KPP 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)

12. Oferuję miesięczny wymiar czasu udzielania świadczeń przez ratowników KPP w zespołach transportowych oraz w zakresie zabezpieczenia medycznego imprez w ilości godzin:  
od ..... godzin do ..... godzin w każdym miesiącu objętym umową.

13. Oferuję następujące kwoty należności – stawkę za 1 godzinę udzielania świadczeń ratownika KPP

- 1) w zespołach transportowych – ..... złotych  
(słownie złotych: .....),
- 2) w zakresie zabezpieczenia medycznego imprez - ..... złotych  
(słownie złotych: .....),

.....

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 ratownika KPP 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. 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.
8. Posiadam wiedzę o obowiązującej w SP ZOZ WSPRiTŚ w Płocku Procedurze zgłoszeń wewnętrznych.
9. 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).
10. 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 aktualnego zaświadczenia o ukończeniu kursu Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy</b>
	<b>kopię prawa jazdy – dot. ratownika KPP z uprawnieniami do kierowania ambulansem</b>
	<b>kopię zezwolenia na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym - dot. ratownika KPP z uprawnieniami do kierowania ambulansem</b>
	<b>kopię orzeczenia lekarskiego i orzeczenia psychologicznego o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem uprzywilejowanym oraz zaświadczenia o ukończeniu kursu dla kierujących pojazdami uprzywilejowanymi (jeśli dotyczy), o których mowa w art. 109 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 roku o kierujących pojazdami - dot. ratownika KPP z uprawnieniami do kierowania ambulansem</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 (Dz. U z 2019 r. poz. 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 (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.).

Data sporządzenia oferty:

Czytelny podpis Oferenta:

.....

.....