

O F E R T A

na udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach transportu medycznego

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:

doświadczenie zawodowe w jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (ZRM, SOR, LPR)	 lat m-cy
w tym w zespołach ratownictwa medycznego, których dysponentem jest Udzielający zamówienia, tj. SP ZOZ WSPRiTŚ w Płocku	 lat m-cy

11. Oferuję miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach transportu medycznego w SP ZOZ Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku*:

Oddział w Płocku	
Oddział w Sierpcu	

*właściwe zaznaczyć X (jedna lub więcej pozycji)

12. Oferuję miesięczny wymiar czasu udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach ratownictwa medycznego w ilości godzin: od godzin do godzin w każdym miesiącu objętym umową.

13. Oferuję następujące kwoty należności – stawkę za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:..... złotych

(słownie złotych.....).

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 obowiązków 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):

	Curriculum Vitae
	kopię dyplomu/ świadectwa poświadczającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownika medycznego
	kopię dyplomu/ świadectwa poświadczającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie pielęgniarki
	kopię prawa wykonywania zawodu – dot. pielęgniarki systemu
	kopię zaświadczenia o specjalizacji lub kopię zaświadczenia z kursu kwalifikacyjnego i zaświadczenie potwierdzające co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym – dot. pielęgniarki systemu
	zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – dot. pielęgniarek systemu
	wpis do ewidencji działalności gospodarczej, pobrany z Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej (CEIDG) pobrany po dacie ogłoszenia konkursu, według aktualnej klasyfikacji PKD
	kopię prawa jazdy – dot. ratownika medycznego kierującego ambulansem / pielęgniarza/ki systemu kierującego/ej ambulansem
	kopię zezwolenia na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym - dot. ratownika medycznego kierującego ambulansem / pielęgniarza/ki systemu kierującego/ej ambulansem
	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 medycznego kierującego ambulansem / pielęgniarza/ki systemu kierującego/ej ambulansem
	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
	zaświadczenie o posiadanym doświadczeniu pielęgniarki systemu/ratownika medycznego (odpowiednio) powyżej 3 lat w jednostkach systemu ratownictwa medycznego (ZRM, SOR, LPR) – nie dotyczy oferentów, dla których dysponentem jest SP ZOZ WSPRiTŚ w Płocku
	inne:

*** 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 WSPRiTŚ 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:

.....

.....

