

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO
i TRANSPORTU SANITARNEGO W PŁOCKU
ul. Narodowych Sił Zbrojnych 5, 09-400 Płock
KRS – 0000029842; NIP 774-10-02-289; REGON 610317845:
tel. 24-26-78-400; tel. / fax. 24-26-78-415
www.wspritsplock.pl , e-mail: sekretariat@wspritsplock.pl**

Płock, dnia 19 listopada 2025 r.

ZATWIERDZIŁ:

*Z-ca Dyrektora ds. Medycznych
lek.med. Piotr Rykowski*

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU

Nr referencyjny postępowania TZPIZI.410/01/U/25

Dotyczy:

**Postępowania konkursowego ogłoszonego przez Samodzielny Publiczny Zakład
Opieki Zdrowotnej Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego i Transportu
Sanitarnego
w Płocku na:**

**Usługi medyczne w zakresie udzielania świadczeń przez specjalistyczne
i podstawowe zespoły ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym nr 14/03
zgodnie z Wojewódzkim Planem Działania Systemu Państwowego Ratownictwa
Medycznego dla województwa mazowieckiego**

Zadanie nr 1:

- w powiecie płońskim w obszarach działania z miejscami wyczekiwania Specjalistycznego i Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Płońsku, Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Raciążu, Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego funkcjonującego w trybie 12 godzinnym w Nowym Mieście,
- w powiecie ciechanowskim w obszarze działania z miejscem wyczekiwania Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Gliniojecku,

Zadanie nr 2:

- w powiecie ciechanowskim w obszarach działania z miejscami wyczekiwania Specjalistycznego i Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Ciechanowie oraz Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Gołyminiu Ośrodku;

Zadanie nr 3:

- w powiecie mławskim w obszarach działania z miejscami wyczekiwania Specjalistycznego i Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Mławie oraz Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Strzegowie;

Zadanie nr 4:

- w powiecie nowodworskim w obszarach działania z miejscami wyczekiwania Specjalistycznego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Nowym Dworze Mazowieckim oraz Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Kazuniu Polskim, Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Nasielsku i Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Zakroczymiu;

Zadanie nr 5:

- w powiecie żuromińskim w obszarach działania z miejscami wyczekiwania

Specjalistycznego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Żurominie oraz Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Bieżuniu;

Okres obowiązywania umowy od dnia 1 stycznia 2026 r. od godz. 00.00 do dnia 31.12.2035 r. do godz. 24.00.

Okres finansowania umowy od 1 stycznia 2026 r. od godz. 00.00 do dnia 31.12.2026 r. do godz. 24.00. (zgodnie z warunkami postępowania NFZ)

Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu (WE) Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) – (Dz.U.UE.L.2002.340.1) przedmiotem postępowania w celu zawarcia umowy objęte są: - **85120000 – 6 Usługi medyczne i podobne.**

I . POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Do konkursu ofert mogą przystąpić podmioty określone w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 450), których działalność obejmuje przedmiot zamówienia.
2. Do konkursu mają zastosowanie przepisy art. 32 ust. 1 pkt 2 i art. 32a ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 91 z późn. zm.),
3. „Szczegółowe warunki konkursu ofert” na zawieranie umów na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego określają:
 - 1) zakres świadczeń opieki zdrowotnej,
 - 2) wymagania stawiane oferentom,
 - 3) tryb składania ofert,
 - 4) sposób przeprowadzenia konkursu,
 - 5) tryb zgłaszania i rozpatrywania środków odwoławczych.
4. W celu prawidłowego przygotowania i złożenia oferty, oferent winien zapoznać się ze wszystkimi informacjami zawartymi w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.
5. Oferent przystępujący do konkursu ofert powinien spełniać warunki określone w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”, obowiązujących przepisach prawa, w tym zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w szczególności:
 - 1) Zarządzeniu Nr 90/2025/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne;
 - 2) Zarządzeniu 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z późn. zm.);
 - 3) Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2025 r. poz. 328, z późn. zm.);
 - 4) Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2025 r. poz. 400, z późn. zm.);
 - 5) Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2025 r. poz. 272);
 - 6) Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz.U. z 2020 r. poz. 1858);

- 7) Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2022 r., poz. 402);
- 8) Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.),
- 9) Ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91, z późn. zm.);
- 10) Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2025 r. poz. 450, z późn. zm.).
- 11) Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 4 lutego 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego (Dz. U. z 2019 r. poz. 237, z późn. zm.).
- 12) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 03 stycznia 2023 r. (Dz. U. 2023 poz. 118) w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego.
- 13) Wojewódzkim Planie Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego dla województwa mazowieckiego obowiązujący od 01.01.2026 r.

II. DEFINICJE I POJĘCIA.

Ilekcroć w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert” jest mowa o:

1. Przedmiocie konkursu ofert/Przedmiocie zamówienia- rozumie się przez to zakres świadczeń zdrowotnych określony w rdz. III.
2. Ofercie - rozumie się przez to ofertę w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego złożoną przez oferenta zgodnie z przedmiotem zamówienia w formie pisemnej.
3. Oferencie - rozumie się podmiot, o którym mowa w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o Działalności leczniczej (Dz.U.2025.450 z późn. zm.) oraz art. 32 ust. 1 pkt 2) Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 91 z późn. zm.),
4. Zamawiającym - rozumie się przez to SP ZOZ Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku.
5. Planie, „Wojewódzkim Planie Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa mazowieckiego” - rozumnie się przez to „Wojewódzki Plan Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa mazowieckiego” obowiązujący od dnia 01.01.2026 r.
6. Miejsce stacjonowania - miejsce wyczekiwania zespołu ratownictwa medycznego oczekującego na dyspozycje dyspozytora medycznego określone w „Wojewódzkim Planie Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa mazowieckiego”.
7. ZRM - zespół ratownictwa medycznego.
8. Formularzu ofertowym - rozumie się przez to druk oferty stanowiący - **załącznik nr 1**.

III. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA.

1. Przedmiot konkursu ofert obejmuje udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne w ramach podwykonawstwa w rejonie operacyjnym nr 14/03 zgodnie z „Wojewódzkim Planem Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego dla województwa mazowieckiego” obowiązującym od 01.01.2026 r.– w obszarach działania określonych w **załączniku nr 10 do SWK**
2. Przedmiot konkursu obejmuje świadczenia realizowane przez zespoły ratownictwa medycznego, zgodnie z treścią formularza ofertowego

3. Przedmiot konkursu będzie realizowany przy wykorzystaniu środków transportu, spełniających wymagania określone w:
 - 1) Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego z dnia 3 stycznia 2023 r. (Dz.U. z 2023 r. poz. 118),
 - 2) Zarządzeniu Nr 90/2025/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne;
 - 3) obowiązującej Polskiej Normie PN-EN 1789 (lub równoważnej) w zakresie cech technicznych i jakościowych
 - 4) innymi aktami prawnymi dotyczącymi przedmiotu konkursu.
4. Szczegółowy wykaz obszarów działania, kody i ilości zespołów ratownictwa medycznego, ilość dni w roku, liczbę dni tygodnia i godzin funkcjonowania zespołów na dobę, objętych ofertą wynika z „Wojewódzkiego Planu Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego dla województwa mazowieckiego” obowiązującego od dnia 01.01.2026 r.

IV. OGÓLNE ZASADY KONKURSU OFERT.

1. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych.
2. Dokonując wyboru najkorzystniejszej oferty Zamawiający stosuje zasady określone w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.
3. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu, unieważnienia konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert i terminu rozstrzygnięcia konkursu bez podania przyczyny.

V. WARUNKI STAWIANE OFERENTOM.

Oferent zobowiązany jest spełniać następujące warunki:

1. Posiadać wpis do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez Wojewodę lub Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 450),
2. Świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ratownictwa medycznego realizować zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
3. Spełniać warunki dot. środków transportu wraz z wyposażeniem zgodnie z:
 - 1) Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego z dnia 3 stycznia 2023 r. (Dz.U. z 2023 r. poz. 118),
 - 2) Zarządzeniem Nr 90/2025/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne;
 - 3) cechami technicznymi i jakościowymi określonymi w obowiązującej Polskiej Normie PN-EN 1789 lub równoważniej.
 - 4) Spełniać wymagania dotyczące kwalifikacji personelu do wykonywania medycznych czynności ratunkowych zgodnie z Zarządzeniem Nr 90/2025/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne;oraz Ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 91).
4. Spełniać wymagania dotyczące kierowcy w zespole ratownictwa medycznego zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 91).
5. Posiadać przez cały okres obowiązywania umowy polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności

cywilnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Z 2025r. Poz. 272).

6. Posiadać tytuł prawny do korzystania z:

- 1) lokali lub budynków będących miejscem stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego zlokalizowanych w obszarze działania, zgodnie z „Planem działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa mazowieckiego” w lokalizacjach wskazanych w ofercie
 - 2) środków transportu medycznego wykorzystywanych przez zespoły ratownictwa medycznego zgodnie z **załącznikiem nr 7**,
 - 3) sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie środków transportu sanitarnego.
7. Posiadać aktualny certyfikat ISO w zakresie usług ratownictwa medycznego - system ISO 9001.
8. Posiadać działający system EKG obejmujący wszystkie oferowane zespoły ratownictwa medycznego. Dysponowanie we wszystkich zespołach ratownictwa medycznego działającym systemem transmisji zapisu EKG (12 odprowadzeń) w ramach współpracy ze świadczeniodawcami realizującymi umowę w zakresie obejmującym przezskórne interwencje wieńcowe (PCI) i leczenie trombolityczne.
9. Posiadać od 1 stycznia 2026 r. łączność radiową zapewniającą komunikację zespołu ratownictwa medycznego z dyspozytornią medyczną, szpitalnymi oddziałami ratunkowymi, centrami urazowymi, centrami urazowymi dla dzieci oraz z pozostałymi zespołami ratownictwa medycznego, w tym z lotniczymi zespołami ratownictwa medycznego,
10. Posiadać od 1 stycznia 2026 r. łączność komórkową zapewniającą komunikację zespołu ratownictwa medycznego z dyspozytorniami medycznymi, wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego oraz z pozostałymi zespołami ratownictwa medycznego,
11. Posiadać od 1 stycznia 2026 r. sieci Internet w miejscach stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego,
14. Spełniać od 1 stycznia 2026 r. wymagania niezbędne do zapewnienia wyposażenia do obsługi SWD PRM w miejscu stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego oraz w specjalistycznym środku transportu sanitarnego wykorzystywanym przez zespół ratownictwa medycznego, określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 24 g ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
15. Posiadać doświadczenie w zakresie przedmiotu przez minimum 5 lat w ostatnich 7 latach.

VI. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY.

1. Oferent składa ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.
2. Każdy oferent może złożyć jedną ofertę wyłącznie na 1 zadanie. Oferent, który złoży więcej niż jedną ofertę w danym zakresie zostanie odrzucony z postępowania.
3. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych. Oferta częściowa zostanie odrzucona.
4. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych. Oferta zawierająca wariantowe propozycje cenowe zostanie odrzucona.
5. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
6. Oferentowi nie wolno dokonywać żadnych zmian merytorycznych w załącznikach do „Szczegółowych warunków konkursu ofert”.
7. Ofertę należy opracować na druku "OFERTA" stanowiącym **załącznik nr 1**.
8. Oferta - pod rygorem jej odrzucenia - powinna być napisana w języku polskim (z wyłączeniem pojęć medycznych) oraz podpisana przez osobę upoważnioną do reprezentowania oferenta.

9. Wszystkie dokumenty i oświadczenia sporządzone w językach obcych należy złożyć wraz z tłumaczeniem na język polski sporządzonym przez tłumacza przysięgłego.
10. Oferty złożone po wyznaczonym terminie nie będą rozpatrywane.
11. Każda zapisana strona oferty powinna być kolejno ponumerowana i parafowana przez osobę reprezentującą Oferenta i podpisującą ofertę.
12. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami należy umieścić w zapieczętowanej kopercie opatrzonej napisem:

Nazwa Oferenta.....

Konkurs ofert:

**Usługi medyczne w zakresie udzielania świadczeń przez specjalistyczne
i podstawowe zespoły ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym nr 14/03
zgodnie z Wojewódzkim Planem Działania Systemu Państwowego Ratownictwa
Medycznego dla województwa mazowieckiego
Nie otwierać przed 24.11.2025 r. godz. 10:10**

13. Oferta pod rygorem odrzucenia musi zawierać wszystkie wymagane w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert” dokumenty wymienione w rozdziale VII.
14. Jeśli dokument przedstawiony jest w postaci kserokopii, winien być opatrzony adnotacją: „za zgodność z oryginałem” i podpisany przez osobę składającą ofertę.
15. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście oferty muszą być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
16. Ofertę przed upływem terminu składania ofert można zmienić lub wycofać.
17. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty winno zostać złożone w sposób i w formie przewidzianej dla oferty, z tym, że koperta winna być dodatkowo oznaczona określeniem „ZMIANA” lub „WYCOFANIE”.
18. Zamawiający może żądać przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu wyłącznie wtedy, gdy przedstawiona przez oferenta kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości, co do jej prawdziwości, a zamawiający nie może sprawdzić jej prawdziwości w inny sposób.

VII. WYMAGANE DOKUMENTY

Załącznik nr 1 - Formularz ofertowy.

Załącznik nr 2 - Oświadczenie oferenta o wpisach do rejestrów, ewidencji.

Załącznik nr 3 - Oświadczenia Oferenta o zapoznaniu się ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz umową i o akceptacji ich treści.

Załącznik nr 4 - Oświadczenia Oferenta dot. miejsc wykonywania świadczeń ratownictwa medycznego.

Załącznik nr 5 - Oświadczenie Oferenta w sprawie łączności

Załącznik nr 6 - Oświadczenie Oferenta w sprawie personelu medycznego.

Załącznik nr 7 - Zgłoszenie dotyczące środka transportu

Załącznik nr 8 - Oświadczenie o posiadaniu aktualnych dokumentów rejestracyjnych ambulansów, homologacji oraz ubezpieczeń OC.

Załącznik nr 9 - zgoda na doręczenia elektroniczne

Załącznik nr 11 - Wykaz obszarów działania, miejsc wyczekiwania, standardów ZRM, ilości zespołów ratownictwa medycznego, ilość dni w roku, liczbę dni tygodnia i godzin na dobę pracy ZRM.

Załącznik nr 12 – wzór umowy

Załącznik nr 13 – Wykaz i kwalifikacje personelu realizującego świadczenia w zespołach ratownictwa medycznego.

Załącznik nr 14 – Formularz ZRM

Załącznik nr 15 – Oświadczenie art. 7.

Załącznik nr 16 - Oświadczenie świadczeniodawcy o zastrzeżeniu informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy

Załącznik nr 17 – Oświadczenie o gotowości

Załącznik nr 18 – Oświadczenie o zapoznaniu do Zarządzenia 18/2017/DSOZ

Załącznik nr 19 – Oświadczenie o posiadaniu doświadczenia w zakresie świadczeń usług.

- Dokument potwierdzający prawo do reprezentowania Oferenta
- Umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29.04.2019 roku r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019r. poz.86) lub oświadczenie, stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.
- Kopię aktualnego certyfikatu ISO¹.
- Kopię dokumentów dotyczących ambulansów przedstawionych w ofercie, do korzystania z których tytuł prawny posiada podwykonawca, t.j.: kopie dokumentów rejestracyjnych ambulansów oraz świadectwa homologacji (terminy przeglądów rejestracyjnych muszą być aktualne).
- Aktualny wpis KRS
- Aktualne zaświadczenie o wpisie do RPWDL

I. ZASADY OCENY OFERT.

1. Zasady oceny ofert.

Zamawiający wyłoni Oferenta, którego oferta:

- 1) odpowiada wszystkim wymaganiom określonym w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.
- 2) przedstawia najkorzystniejszą ofertę - z najniższą ceną, wg podanych kryteriów.

2. Porównanie ofert w toku postępowania o wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego w ramach podwykonawstwa w Rejonie Operacyjnym nr 14/03 będzie uwzględniało kryterium ceny udzielanych świadczeń zdrowotnych.

3. Kryteria oceny ofert.

Oferty będą oceniane na podstawie następujących kryteriów:

Waga ceny: - 100%

Zamawiający informuje, że maksymalne wynagrodzenie podwykonawcy z tytułu udzielania świadczeń objętych niniejszym postępowaniem konkursowym może wynieść nie więcej niż 96 % kwoty uzyskanej przez SP ZOZ WSPRiTŚ w Płocku jako współrealizatora od Świadczeniodawcy – Reprezentanta tj. Radomskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Radomiu na podstawie zawartej umowy na świadczenie opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne w RO 14/03.

Rozliczenia między zamawiającym a oferentem będą prowadzone w PLN.

Ceny jednostkowe (dobokaretki) wynagrodzenie Oferenta dotyczyć będą: świadczeń udzielanych przez zespoły ratownictwa medycznego, zgodnie z treścią Formularza ofertowego.

4. W przypadku, gdy oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

5. W przypadku stwierdzenia w ofercie oczywistych omyłek pisarskich, oczywistych omyłek rachunkowych lub innych omyłek polegających na niezgodności oferty z „Szczegółowymi

warunkami konkursu ofert”, niepowodujących istotnych zmian w treści oferty, Zamawiający poprawi je w tekście oferty niezwłocznie zawiadamiając o tym Oferenta, którego oferta została poprawiona.

6. Oferta Oferenta, który w terminie 3 dni od dnia otrzymania zawiadomienia nie zgodził się na poprawienie omyłek, będzie podlegała odrzuceniu. Brak odpowiedzi ze strony oferenta będzie traktowany jako zgoda na poprawienie omyłek.

VIII. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT.

1. Ofertę w zamkniętej kopercie opatrzonej napisami jak w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert” należy złożyć/ przesłać do dnia 24.11.2025r. do godz. 10:00 w sekretariacie SP ZOZ Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku, przy ul. Narodowych Sił Zbrojnych 5, 09-400 Płock.
2. Oferent otrzyma pisemne potwierdzenie złożenia oferty wraz z numerem, jakim została oznakowana oferta.
3. Celem dokonania zmian bądź poprawek - Oferent może wycofać wcześniej złożoną ofertę i złożyć ją po modyfikacji ponownie, pod warunkiem zachowania wyznaczonego w Szczegółowych warunkach konkursu ofert terminu składania ofert.
4. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Oferentowi bez otwierania.

IX. INFORMACJA O MOŻLIWOŚCI SKŁADANIA OFERT CZĘŚCIOWYCH.

Zamawiający nie dopuszcza składania przez Oferentów ofert częściowych.

X. TRYB WPROWADZANIA EWENTUALNYCH ZMIAN W SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKACH KONKURSU OFERT.

1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed terminem składania ofert Zamawiający może zmodyfikować treść dokumentów składających się na „Szczegółowe warunki konkursu ofert”.
2. O każdej zmianie Zamawiający zawiadomi niezwłocznie każdego z uczestników postępowania.
3. W przypadku, gdy zmiana powodować będzie konieczność modyfikacji oferty, Zamawiający może przedłużyć termin składania ofert. W takim przypadku wszelkie prawa i zobowiązania – Oferenta i Zamawiającego będą podlegały nowemu terminowi.

XI. TERMIN ZWIĄZANIA WARUNKAMI OFERTY.

Oferent związany jest ofertą przez okres 60 dni, licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert. Wniesienie protestu przerywa bieg terminu związania ofertą.

XII. MIEJSCE I TRYB OTWARCIA OFERT.

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w siedzibie Zamawiającego w sali narad parter sala nr 17 dnia 24.11.2025 r. o godz. 10:10
2. Po otwarciu ofert Komisja Konkursowa w trybie niejawnym dokona sprawdzenia ofert pod względem formalnym. Po ewentualnym uzupełnieniu przez oferentów braków w ofercie komisja:
 - 1) dokona wyboru najkorzystniejszej oferty,
 - 2) odrzuci oferty nie spełniające wymogów określonych w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.
3. Odrzuca się ofertę:
 - 1) złożoną przez Oferenta po terminie,
 - 2) zawierającą nieprawdziwe informacje,
 - 3) jeżeli Oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń,
 - 4) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
 - 5) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
 - 6) jeżeli Oferent złożył ofertę częściową,

- 7) jeżeli Oferent złożył ofertę alternatywną,
 - 8) jeżeli Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.
4. Wyniki konkursu obowiązują po ich zatwierdzeniu przez Zamawiającego.

XIII. OBOWIĄZKI ZAMAWIAJĄCEGO.

1. Zamawiający po otwarciu ofert, w obecności wszystkich Oferentów przekaze uczestnikom postępowania konkursowego informacje dotyczące:
 - 1) nazwy Oferenta,
 - 2) ceny oferty.
2. Zamawiający po zatwierdzeniu wyników konkursu przekaze wszystkim Oferentom:
 - 1) nazwę (imię i nazwisko) Oferenta, którego ofertę uznano za najkorzystniejszą,
 - 2) uzasadnienie wyboru oferty.
3. Oferent, którego ofertę uznano za najkorzystniejszą zostanie powiadomiony o wyborze i terminie zawarcia umowy po zakończeniu postępowania konkursowego i akceptacji wyników konkursu przez Zamawiającego.

XIV. ISTOTNE POSTANOWIENIA ZAWIERANEJ UMOWY.

1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia 1 stycznia 2026 r. od godz. 00.00 do dnia 31.12.2035 r. do godz. 24.00, przy czym okres finansowania wynosi 1 rok (zgodnie z warunkami umowy z NFZ).
2. Umowa wejdzie w życie od 1 stycznia 2026 r. pod warunkiem zawarcia przez Zamawiającego SP ZOZ WSPRITS w Płocku umowy o współrealizowaniu z Radomską Stacją Pogotowia Ratunkowego w Radomiu oraz umowy Radomskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Radomiu z NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym nr 14/03 w obszarach działania, obejmującej swym zakresem przedmiot umowy z podwykonawcą.
3. Wzór umowy na wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowi **załącznik nr 12**.

XV. FORMALNOŚCI, JAKIE POWINNY ZOSTAĆ DOPEŁNIONE W CELU ZAWARCIA UMOWY.

1. W przypadku braku protestów i odwołań oferent, który złożył najkorzystniejszą ofertę obowiązany jest podpisać umowę, zgodnie ze stawkami przedstawionymi w ofercie.
2. Umowa zostanie zawarta w terminie nie krótszym niż 7 dni od dnia przekazania zawiadomienia o wyborze oferty albo w krótszym terminie, jeżeli w postępowaniu konkursowym została złożona tylko jedna oferta.

XVI. ŚRODKI ODWOŁAWCZE PRZYSŁUGUJĄCE OFERENTOM.

1. Oferentowi przysługują środki odwoławcze zgodnie z 152, 153 i 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461)
2. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, Oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
3. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, iż jest on oczywiście bezzasadny.
4. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
5. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
6. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń w lokalu i na stronie internetowej Zamawiającego.
7. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.

8. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Zamawiającego, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
9. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia (art. 154 ust. 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461)
10. Po rozpatrzeniu odwołania, Zamawiający podejmuje decyzję uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania na tablicy ogłoszeń i na stronie internetowej Zamawiającego.

XVIII. KLAUZULA INFORMACYJNA RODO

1. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o danych) (Dz. U. UE L119 z dnia 4 maja 2016 r., str. 1; zwanym dalej „RODO”) informujemy, że:
 - 1) administratorem danych osobowych osób reprezentujących Wykonawcę oraz osób wskazanych przez Wykonawcę, jako osoby do kontaktu jest SP ZOZ Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku przy ul. Narodowych Sił Zbrojnych 5 e-mail: sekretariat@wspritsplock.pl; tel. 24 267 84 00.
 - 2) administrator wyznaczył Inspektora Danych Osobowych, z którym można się kontaktować pod adresem e-mail: iod@wspritsplock.pl
 - 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z przedmiotowym postępowaniem konkursowym na świadczenie usług medycznych w zakresie udzielania świadczeń przez specjalistyczne i podstawowe zespoły ratownictwa medycznego;
 - 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania (w części jawnej) oraz podmioty którym udostępnione zostaną Państwa dane na mocy Umowy o wykonywanie świadczeń zdrowotnych w przedmiocie ratownictwo medyczne.
 - 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z Jednolitym Rzeczym Wykazem Akt obowiązującym w Zakładzie przez okres co najmniej 5 lat od dnia zakończenia postępowania konkursowego, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 5 lat, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
 - 6) obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach związanych z udziałem w postępowaniu o przeprowadzenie postępowania konkursowego
 - 7) w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosownie do art. 22 RODO.
 - 8) posiada Pani/Pan:
 - a) na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących (w przypadku, gdy skorzystanie z tego prawa wymagałoby po stronie administratora niewspółmiernie dużego wysiłku może zostać Pani/Pan zobowiązana do wskazania dodatkowych informacji mających na celu sprecyzowanie żądania, w szczególności podania nazwy lub daty postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu albo sprecyzowanie nazwy lub daty zakończonego postępowania o udzielenie zamówienia);

- b) na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych (*skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą PZP oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników*);
- c) na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem okresu trwania postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu oraz przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (*prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego*);
- d) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
- 9) nie przysługuje Pani/Panu:
 - a) w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
 - b) prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
 - c) na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
- 10) przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego na niezgodne z RODO przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych przez administratora. Organem właściwym dla przedmiotowej skargi jest Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Wykaz załączników do „Szczegółowych warunków konkursu ”:

Oferent wraz z ofertą przekazuje potwierdzenia spełnienia wymagań formalno - prawnych:

Załącznik nr 1 - Formularz ofertowy.

Załącznik nr 2 - Oświadczenie oferenta o wpisach do rejestrów, ewidencji.

Załącznik nr 3 - Oświadczenia Oferenta o zapoznaniu się ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz umową i o akceptacji ich treści.

Załącznik nr 4 - Oświadczenia Oferenta dot. miejsc wykonywania świadczeń ratownictwa medycznego.

Załącznik nr 5 - Oświadczenie Oferenta w sprawie łączności

Załącznik nr 6 - Oświadczenie Oferenta w sprawie personelu medycznego.

Załącznik nr 7 - Zgłoszenie dotyczące środka transportu

Załącznik nr 8 - Oświadczenie o posiadaniu aktualnych dokumentów rejestracyjnych ambulansów, homologacji oraz ubezpieczeń OC.

Załącznik nr 9 - zgoda na doręczenia elektroniczne

Załącznik nr 11 - Wykaz obszarów działania, miejsc wyczekiwania, standardów ZRM, ilości zespołów ratownictwa medycznego, ilość dni w roku, liczbę dni tygodnia i godzin na dobę pracy ZRM.

Załącznik nr 12 – wzór umowy

Załącznik nr 13 – Wykaz i kwalifikacje personelu realizującego świadczenia w zespołach ratownictwa medycznego.

Załącznik nr 14 – Formularz ZRM

Załącznik nr 15 – Oświadczenie art. 7.

Załącznik nr 16 - Oświadczenie świadczeniodawcy o zastrzeżeniu informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy

Załącznik nr 17 – Oświadczenie o gotowości

Załącznik nr 18 – Oświadczenie o zapoznaniu do Zarządzenia 18/2017/DSOZ

Załącznik nr 19 – Oświadczenie o posiadaniu doświadczenia w zakresie świadczeń usług.

- Dokument potwierdzający prawo do reprezentowania Oferenta
- Umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29.04.2019 roku r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019r. poz.86) lub oświadczenie, stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.
- Kopię aktualnego certyfikatu ISO¹.
- Kopię dokumentów dotyczących ambulansów przedstawionych w ofercie, do korzystania z których tytuł prawny posiada podwykonawca, t.j.: kopie dokumentów rejestracyjnych ambulansów oraz świadectwa homologacji (terminy przeglądów rejestracyjnych muszą być aktualne).
- Aktualny wpis KRS
- Aktualne zaświadczenie o wpisie do RPWDL

Płock, dn.19.11.2025 r.

Zatwierdzam

2025 r.

Pieczęćka Oferenta

OFERTA**I. Dane Oferenta**

2.1.1.1 Pełna nazwa

2.1.1.2 Adres.....

2.1.1.3 numer telefonu i faksu.....

2.1.1.4 e-mail

2.1.1.5 REGON

2.1.1.6 NIP

II. Przedmiot oferty:

Oferta dotyczy postępowania konkursowego ogłoszonego przez:
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku
ul. Narodowych Sił Zbrojnych 5, 09 – 400 Płock

na:

Usługi medyczne w zakresie udzielania świadczeń przez specjalistyczne
i podstawowe zespoły ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym nr 14/03
zgodnie z Wojewódzkim Planem Działania Systemu Państwowego Ratownictwa
Medycznego dla województwa mazowieckiego

Zadanie nr 1:

- w powiecie ciechanowskim w obszarach działania z miejscami wyczekiwania Specjalistycznego i Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Ciechanowie ul. oraz Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Gołyminie Ośrodka ul.;*

Zadanie nr 2:

- w powiecie mławskim w obszarach działania z miejscami wyczekiwania Specjalistycznego i Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Mławie ul. oraz Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Strzegowie ul.;*

Zadanie nr 3:

- w powiecie nowodworskim w obszarach działania z miejscami wyczekiwania Specjalistycznego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Nowym Dworze Mazowieckim ul. oraz Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Kazuniu Polskim ul., Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Nasielsku ul. i Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Zakroczymiu ul.;*

Zadanie nr 4:

- w powiecie płońskim w obszarach działania z miejscami wyczekiwania Specjalistycznego i Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Płońsku ul. oraz Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Raciążu ul., Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Głinojecku ul. i Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego funkcjonującego w trybie 12 godzinnym w Nowym Mieście ul.;*

Zadanie nr 5:

- w powiecie żuromińskim w obszarach działania z miejscami wyczekiwania Specjalistycznego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Żurominie ul. oraz Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Bieżuniu ul.;*

* nazwę ul. uzupełnia oferent tylko w tym zadaniu, na które składa ofertę pozostałe zadania na które nie składa oferty skreśla

1. **Proponowana cena % kwoty uzyskanej przez SP ZOZ WSPRITS w Płocku jako współrealizatora od Reprezentanta tj. Radomskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Radomiu na podstawie zawartej umowy na świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne w RO 14/03.**

.....,dnia..... podpis

¹ jeżeli posiada

Oferent wraz z ofertą przekazuje potwierdzenia spełnienia wymagań formalno – prawnych oraz załącza do oferty:

Załącznik nr 1 - Formularz ofertowy.

Załącznik nr 2 - Oświadczenie oferenta o wpisach do rejestrów, ewidencji.

Załącznik nr 3 - Oświadczenia Oferenta o zapoznaniu się ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz umową i o akceptacji ich treści.

Załącznik nr 4 - Oświadczenia Oferenta dot. miejsc wykonywania świadczeń ratownictwa medycznego.

Załącznik nr 5 - Oświadczenie Oferenta w sprawie łączności

Załącznik nr 6 - Oświadczenie Oferenta w sprawie personelu medycznego.

Załącznik nr 7 - Zgłoszenie dotyczące środka transportu

Załącznik nr 8 - Oświadczenie o posiadaniu aktualnych dokumentów rejestracyjnych ambulansów, homologacji oraz ubezpieczeń OC.

Załącznik nr 9 - zgoda na doręczenia elektroniczne

Załącznik nr 11 - Wykaz obszarów działania, miejsc wyczekiwania, standardów ZRM, ilości zespołów ratownictwa medycznego, ilość dni w roku, liczbę dni tygodnia i godzin na dobę pracy ZRM.

Załącznik nr 12 – wzór umowy

Załącznik nr 13 – Wykaz i kwalifikacje personelu realizującego świadczenia w zespołach ratownictwa medycznego.

Załącznik nr 14 – Formularz ZRM

Załącznik nr 15 – Oświadczenie art. 7.

Załącznik nr 16 - Oświadczenie świadczeniodawcy o zastrzeżeniu informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy

Załącznik nr 17 – Oświadczenie o gotowości

Załącznik nr 18 – Oświadczenie o zapoznaniu do Zarządzenia 18/2017/DSOZ

Załącznik nr 19 – Oświadczenie o posiadaniu doświadczenia w zakresie świadczeń usług.

- Dokument potwierdzający prawo do reprezentowania Oferenta
- Umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29.04.2019 roku r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019r. poz.86) lub oświadczenie, stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.
- Kopię aktualnego certyfikatu ISO¹.
- Kopię dokumentów dotyczących ambulansów przedstawionych w ofercie, do korzystania z których tytuł prawny posiada podwykonawca, t.j.: kopie dokumentów rejestracyjnych ambulansów oraz świadectwa homologacji (terminy przeglądów rejestracyjnych muszą być aktualne).
- Aktualny wpis KRS
- Aktualne zaświadczenie o wpisie do RPWDL

Dane Świadczeniodawcy:

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

NIP:

REGON:

**OŚWIADCZENIE ŚWIADCZENIODAWCY O WPISACH DO REJESTRÓW, EWIDENCJI
I POSIADANYCH KONCESJACH**

1. Niniejszym oświadczam, że jako Świadczeniodawca jestem:
 - ☐ podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
prowadzonego przez.....,
pod numerem księgi rejestrowej..... ,
 - ☐ praktyką zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
prowadzonego przez.....,
pod numerem księgi rejestrowej..... ,
 - ☐ osobą fizyczną inną niż wymienione powyżej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej.
2. Oświadczam, że jako Świadczeniodawca jestem wpisany do*:
 - ☐ Krajowego Rejestru Sądowego
pod numerem.....
 - ☐ nie dotyczy
3. Oświadczam, że jako Świadczeniodawca jestem wpisany do*:
 - ☐ Ewidencji Działalności Gospodarczej,
prowadzonej przez.....,
pod numerem.....
 - ☐ Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
 - ☐ nie dotyczy
4. Oświadczam, że jako Świadczeniodawca posiadam koncesję na eksploatację naturalnych surowców leczniczych* numerwydaną przez
nie dotyczy
5. Oświadczam że jako Świadczeniodawca jestem wpisany do ewidencji zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i urzędzeń lecznictwa uzdrowiskowego, znajdujących się na obszarze uzdrowiska, prowadzonej przez naczelnego lekarza uzdrowiska*.....
Nie dotyczy

*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.).

.....

(miejscowość, data)

*właściwe zaznaczyć

.....

(pieczęć, podpis)

Dane Oferenta:

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

OŚWIADCZENIA OFERENTA

Oświadczam, że jako oferent:

- 1) zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” wraz z projektem umowy dot. postępowania konkursowego w zakresie ratownictwa medycznego w ramach podwykonawstwa w Rejonie Operacyjnym 14/03 i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję je do stosowania,
- 2) zapoznałem się z regulaminem technicznym przygotowania oferty określonym w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert,
- 3) posiadam tytuł prawny do korzystania z:
 - a) lokali lub budynków będących miejscem stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego zlokalizowanych w rejonie operacyjnym,
 - b) środków transportu medycznego wykorzystywanych przez zespoły ratownictwa medycznego,
 - c) sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie środków transportu sanitarnego.
- 4) będę wykonywał świadczenia objęte umową z SP ZOZ Wojewódzką Stacją Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku w lokalach i pomieszczeniach oraz przy pomocy sprzętu i aparatury, o których mowa w pkt 3,
- 5) wyposażenie specjalistycznych środków transportu sanitarnego wykorzystywanych przez ZRM typu „P” i „S” jest zgodne z:
 - a) Zarządzeniem Nr 90/2025/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne,
 - b) cechami technicznymi i jakościowymi określonymi w obowiązującej Polskiej Normie PN-EN 1789,
 - c) Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego z dnia 3 stycznia 2023 r. (Dz.U. z 2023 r. poz. 118),
- 6) będę wykonywał świadczenia objęte umową z SP ZOZ Wojewódzką Stacją Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku przy pomocy środków transportu medycznego, sprzętu i aparatury, o których mowa w pkt 3b i 3c, a zespoły ratownictwa medycznego stacjonować będą w lokalach lub budynkach o których mowa w pkt 3a,
- 7) spełniam wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń w których będą wykonywane świadczenia
- 8) spełniam wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń składających się na miejsce stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego,
- 9) posiadam/będę posiadał* umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawartą na cały okres obowiązywania umowy,
- 10) posiadam/nie posiadam* certyfikat ISO w zakresie usług medycznych ratownictwa medycznego realizowanych przez podwykonawcę, zgodnie z rozporządzeniem kryterialnym,
- 11) spełniam inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej,
- 12) dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
- 13) oświadczam, iż jako podmiot wykonujący działalność leczniczą posiadam minimum 5 letnie doświadczenie w zakresie świadczenia usług medycznych ratownictwa medycznego w ostatnich 7 latach w systemie Państwowego Ratownictwa Medyczne

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że będę wykonywał umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ratownictwo medyczne w miejscach stacjonowania ¹:

Adres miejsca stacjonowania:

TERYT miejsca stacjonowania:

Kod komórki organizacyjnej (VII część KR):

Jednocześnie oświadczam, że jako podwykonawca spełniam warunki określone w Zarządzeniu Nr 90/2025/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne i w przepisach odrębnych dla dysponenta jednostek systemu ratownictwa medycznego.

¹ *Należy wypełnić odrębnie dla każdego miejsca stacjonowania ambulansów*

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Jako oferent wybrany w wyniku postępowania nr TZPIZI.410/01/U/25 dotyczącego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne na terenie rejonu operacyjnego nr 14/03, zobowiązuję się od 1 stycznia 2026r. do:

- posiadania łączności radiowej zapewniającej komunikację zespołu ratownictwa medycznego z dyspozytornią medyczną, szpitalnymi oddziałami ratunkowymi, centrami urazowymi, centrami urazowymi dla dzieci oraz z pozostałymi zespołami ratownictwa medycznego, w tym z lotniczymi zespołami ratownictwa medycznego,
- posiadania łączności komórkowej zapewniającej komunikację zespołu ratownictwa medycznego z dyspozytorniami medycznymi, wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego oraz z pozostałymi zespołami ratownictwa medycznego,
- posiadania sieci Internet w miejscach stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego,
- spełniania wymagań niezbędnych do zapewnienia wyposażenia do obsługi Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM) w miejscu stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego oraz w specjalistycznym środku transportu sanitarnego wykorzystywanym przez zespół ratownictwa medycznego, określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 24 g ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tj. Dz. U. z 2025 r. poz. 91 ze zm.).

(miejscowość, data)

(pieczęć, podpis)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Potwierdzam, że personel skierowany do realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w Zespołach Ratownictwa medycznego posiada następujące kwalifikacje dla poszczególnych grup zawodowych:

- lekarz systemu, zgodnie z art. 3 pkt. 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U 2025 poz. 91 ze zm.),
- pielęgniarka systemu, zgodnie z art. 3 pkt. 6 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U 2025 poz. 91. Ze zm.),
- ratownik medyczny/ ratownik medyczny - kierowca zgodnie z ustawą o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych z dnia 01.12.2022r. Rozdział II, art. 106 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. 2025 poz. 1226).

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis)

ZGŁOSZENIE DOTYCZĄCE ŚRODKA TRANSPORTU do SP ZOZ Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku**Rodzaj zespołu: specjalistyczny/podstawowy*****Miejsce wyczekiwania:****Kod zespołu ZRM /****(zgodnie z planem ratownictwa medycznego / kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych): ,**

Lp.	Numer rejestracyjny	Marka	Model	VIN	Rok produkcji	Typ ambulansu	Nr homologacji	Czy środek transportu posiada umowę serwisową gwarantującą sprawność	Czy środek transportu spełnia wymagania dotyczące wyposażenia medycznego środka transportu zgodnego z aktualnie obowiązującą polską normą przenoszącą europejskie normy zharmonizowane oraz wytyczne Ministerstwa Zdrowia
1.						B / C*		TAK / NIE*	TAK / NIE*

*niewłaściwe skreślić

Zgłoszenie wypełnia się odrębnie dla każdego miejsca wyczekiwania.

data i podpis osoby uprawnionej

Załącznik nr 8 do SWK

**Oświadczenie o posiadaniu aktualnych dokumentów rejestracyjnych ambulansów,
homologacji oraz ubezpieczeń OC**

..... , dnia

Pieczętka podmiotu leczniczego

Oświadczam, że informacje zawarte w załączniku 7 do „Szczegółowych warunków konkursu ofert” są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie oświadczam, że potwierdzone kserokopie dowodów rejestracyjnych i homologacji ambulansów zgłoszonych do realizacji umowy zostają załączone do oferty.

Podpis i data

.....
Miejscowość, data

Dane Oferenta:

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

NIP:

Regon:

**ZGODA NA DORĘCZANIE PRZEZ KOMISJĘ KONKURSOWĄ
OŚWIADCZEŃ I ZAWIADOMIEŃ ZA POŚREDNICTWEM ŚRODKÓW KOMUNIKACJI
ELEKTRONICZNEJ**

Na podstawie § 5 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz.U. 2020 poz. 1858) **wyrażam zgodę** na doręczanie przez komisję konkursową oświadczeń i zawiadomień za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, bez zachowania wymogów dotyczących bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu art. 3 pkt 10 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 z dnia 23 lipca 2014 r. w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym oraz uchylającego dyrektywę 1999/93/WE (Dz. Urz. UE L 257 z 28.08.2014, str. 73)

.....
(adres poczty elektronicznej oferenta)

*Wyrażenie zgody ma charakter fakultatywny i do wyłącznej decyzji oferenta należy podanie adresu poczty elektronicznej, na który komisja konkursowa może doręczać oświadczenia i zawiadomienia.

.....
Data i podpis oferenta lub osoby upoważnionej

Potwierdzam posiadanie n/w zasobów, w zakresie zgodnym ze złożoną ofertą.

1. Wymagania dotyczące wyposażenia medycznego środka transportu zgodnie z aktualnie obowiązującą Polską Normą przenoszącą europejskie normy zharmonizowane oraz wytycznymi Ministerstwa Zdrowia				
1.1.	Wyposażenie służące do przenoszenia pacjenta			
	Wyrób	Ilość minimalna dla podstawowego i specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego	Ilość minimalna dla wodnego zespołu ratownictwa medycznego	Ilość minimalna dla motocyklowej jednostki ratunkowej
1.1.1	Nosze główne /z podwoziem	1	1	-
1.1.2	Nosze podbierające	1	-	-
1.1.3	Materac próżniowy	1	1	-
1.1.4	Urządzenie do przenoszenia pacjenta siedzącego (o ile nosze główne nie spełniają funkcji tych wyrobów)	1	-	-
1.1.5	Płachta do przenoszenia lub materac do przenoszenia	1	1	-
1.1.6	Długa deska ortopedyczna z unieruchomieniem głowy i pasami mocującymi	1	1	-
1.1.7	Krzeselko schodowe z napędem (alternatywa dla poz. 1.1.4)	1	-	-
1.2	Wyposażenie unieruchamiające			
	Wyrób	Ilość minimalna dla podstawowego i specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego	Ilość minimalna dla wodnego zespołu ratownictwa medycznego	Ilość minimalna dla motocyklowej jednostki ratunkowej
1.2.1	Zestaw unieruchamiający do złamań, w tym złamań miednicy	1	1	1
1.2.2	Zestaw unieruchamiający górny szyjny Zestaw kołnierzy szyjnych	1	1	1
1.2.3	Kamizelki stabilizujące lub krótkie deski ortopedyczne z unieruchomieniem	1	1	-
1.3	Wyposażenie do wentylacji/oddychania			
	Wyrób	Ilość minimalna dla podstawowego i specjalistycznego zespołu	Ilość minimalna dla wodnego zespołu ratownictwa medycznego	Ilość minimalna dla motocyklowej

		ratownictwa medycznego		jednostki ratunkowej
1.3.1	Stacjonarne źródło tlenu. Minimum 2 000 l (w temperaturze normalnej i pod ciśnieniem normalnym), przepływomierz/ miernik przepływu o maksymalnym przepływie co najmniej 15 l/min i z zaworem regulacyjnym	1	1	-
	szybkoszłączka	1	1	-
1.3.2	Przenośne źródło tlenu. Minimum 400 l, (w temperaturze normalnej i pod ciśnieniem normalnym), przepływomierz/miernik przepływu o maksymalnym przepływie, co najmniej 15 l/min i z zaworem regulacyjnym	1	1	1
	szybkoszłączka	1	1	1
1.3.3	Worek samorozprężalny z łącznikiem do tlenu, maskami i rurkami do udrożnienia dróg oddechowych dla wszystkich grup wiekowych oraz rezerwuarem tlenu	1	1	1
1.3.4	Stacjonarne lub przenośne urządzenie do odsysania o minimalnym ciśnieniu - 65 kPa i minimalnej pojemności 1 l	1	1	-
1.3.5	Przenośne urządzenie do odsysania	1	1	1
1.4	Wyposażenie diagnostyczne			
	Wyrób	Ilość minimalna dla podstawowego i specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego	Ilość minimalna dla wodnego zespołu ratownictwa medycznego	Ilość minimalna dla motocyklowej jednostki ratunkowej
1.4.1	Aparat do ręcznego pomiaru ciśnienia krwi, rozmiary mankietów 10 cm – 55 cm	1	1	1
1.4.2	Aparat do automatycznego pomiaru ciśnienia krwi ^a rozmiary mankietów 10 cm – 55 cm. W przypadku, gdy aparat do pomiaru ciśnienia wykorzystuje metodę Dopplera, powinien działać poprawnie w warunkach zakłóceń elektrycznych i wibracji	1	-	-
1.4.3	Pulsoksymetr ^a	1	1	1
1.4.4	Stetoskop	1	1	1

1.4.5	Termometr	1	1	1	
1.4.6	Urządzenie do oznaczania glukozy we krwi	1	1	1	
1.4.7	Latarka diagnostyczna	1	1	1	
1.4.8	12-kanalowe EKG ^a	1	1	1	
^a W razie potrzeby dwie lub więcej z tych funkcji można połączyć w jednym urządzeniu					
1.5	Leki				
	Rodzaj leku	Ilość minimalna dla podstawowego i specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego	Ilość minimalna dla wodnego zespołu ratownictwa medycznego	Ilość minimalna dla motocyklowej jednostki ratunkowej	
1.5.1	Leki zgodne z przepisami krajowymi				
1.6	Wypożyczenie do infuzji				
	Wyrób	Ilość minimalna dla podstawowego i specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego	Ilość minimalna dla wodnego zespołu ratownictwa medycznego	Ilość minimalna dla motocyklowej jednostki ratunkowej	
1.6.1	Płyny infuzyjne, litry	4	4	1	
1.6.2	Zestawy do iniekcji i infuzji oraz do donosowego podawania leków	2	2	1	
1.6.3	Zestaw do infuzji przeznaczony do podawania płynu ogrzanego do (37 ± 2) °C (nie wymaga się, aby ten układ był przenośny)	1	1	-	
1.6.4	Uchwyt do zestawów do infuzji	2	2	-	
1.6.5	Urządzenie do infuzji pod ciśnieniem	1	1	1	
1.7	Wypożyczenie do postępowania w nagłych stanach zagrożenia zdrowotnego				
	Wyrób ^a	Ilość minimalna dla podstawowego zespołu ratownictwa medycznego	Ilość minimalna dla specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego	Ilość minimalna dla wodnego zespołu ratownictwa medycznego	Ilość minimalna dla motocyklowej jednostki ratunkowej
1.7.1	Defibrylator z rejestratorem rytmu i danych pacjenta	1	1	1	1
1.7.2	Monitor kardiologiczny	1	1	1	1
1.7.3	Kardiosymulator zewnętrzny	1	1	1	1
1.7.4	Przenośny zestaw do udrażniania dróg oddechowych (p.a.c.s.) Worek samorozprężalny ręczny	1	1	1	1

	Maska z ustnikiem do wentylacji z wlotem dla tlenu Rurki ustno- i nosowo-gardłowe Ssak Cewniki do odsysania				
1.7.5	Przenośny zestaw sprzętu do zaawansowanej resuscytacji (p.a.r.s.) Przenośny zestaw do udrażniania dróg oddechowych (p.a.c.s.) Zestaw do infuzji zawierający odpowiednie kaniule dożylnie Zestaw do podawania płynów infuzyjnych Płyny infuzyjne Samoprzylepne materiały do mocowania Zestaw do intubacji zawierający rękojeść(-ci) laryngoskopu i odpowiednie łopatki Kleszczyki Magilla Prowadnice Rurki dotchawicze z łącznikami Zacisk do rurki do napełniania mankietu Strzykawka do napełniania mankietu Mocowania rurek Stetoskop Zestaw do podawania leków	1	1	1	1
1.7.6	Aparat do nebulizacji lub zestaw masek do nebulizacji z przenośnym źródłem tlenu i reduktorem	1	1	1	1
1.7.7	Zestaw do drenażu klatki piersiowej lub zestaw do igłowego odbarczania odmy	1	1	1 ^b	1
1.7.8	Pompa wolumetryczna/Strzykawkowa pompa infuzyjna	1	1	-	-
1.7.9	Igły doszpikowe (dla wszystkich grup pacjentów)	1	1	1	1

1.7.10	Respirator ratowniczo-transportowy	1	1	1	1
1.7.11	Zastawka wytwarzająca dodatkowo ciśnienie końcowe wydechowe (PEEP), regulowana lub o stałym ciśnieniu	-	1	1	1
1.7.12	Kapnometr lub kapnograf	1	1	-	1
1.7.13	Kardiowerter	1	1	1	1
1.7.14	Przenośne urządzenie do nieinwazyjnego CPAP z monitorowaniem ciśnienia *	1	1	-	-

^a W razie potrzeby dwie lub więcej z tych funkcji można połączyć w jednym urządzeniu.

^b Wymagany tylko w wodnych specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego.

* Obowiązuje od dnia 01.01.2028 r.

1.8	Wyroby do bandażowania i pielęgnacji			
	Wyrób	Ilość minimalna dla podstawowego i specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego	Ilość minimalna dla wodnego zespołu ratownictwa medycznego	Ilość minimalna dla motocyklowej jednostki ratunkowej
1.8.1	Komplet pościeli lub jednorazowe prześcieradła	1	1	-
1.8.2	Śpiwór bakteriostatyczny o wypełnieniu termoizolacyjnym syntetycznym wielorazowy lub koc bakteriostatyczny (1 szt.)	1	1	-
1.8.3	Materiały do opatrywania ran	1	1	1
1.8.4	Materiały do leczenia oparzeń termicznych i chemicznych	1	1	1
1.8.5	Pojemnik replantacyjny utrzymujący wewnętrzną temperaturę (4±2) °C przez co najmniej 2h lub strunowy worek replantacyjny	1	-	1
1.8.6	Miska nerkowata	1	1	-
1.8.7	Worek na wymiociny	1	2	1
1.8.8	Pojemnik na mocz (niewykonany ze szkła)	1	1	-
1.8.9	Pojemnik na zużyte materiały ostre	1	1	1
1.8.10	Rękawice chirurgiczne sterylne, liczba par	5	5	1
1.8.11	Rękawice niesterylne	100	100	10
1.8.12	Zestaw porodowy	1	1	1
1.8.13	Worek na odpady	1	1	1
1.8.14	Worek na odpady medyczne	1	1	1
1.8.15	Nieprzepuszczalne prześcieradło na nosze	1	1	-

1.8.16	Zestaw do zastosowań specjalnych składający się z: - elastycznych opatrunków siatkowych - opatrunków hemostatycznych - staz taktycznych - drenów do drenażu opłucnej - gotowych opatrunków - opatrunków okluzyjnych klatki piersiowej	1	-	1
--------	---	---	---	---

Środki ochrony indywidualnej				
1.9	Wyrób	Ilość minimalna dla podstawowego i specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego	Ilość minimalna dla wodnego zespołu ratownictwa medycznego	Ilość minimalna dla motocyklowej jednostki ratunkowej
1.9.1	Podstawowa odzież ochronna, w tym odblaskowa kamizelka lub kurtka o intensywnej widzialności ^c	1	1	1
1.9.2	Rękawice ochronne/rękawice odłamkowe, pary ^d	1	1	-
1.9.3	Kask ochronny ^d	1	1	-
1.9.4	Środki ochrony indywidualnej chroniące przed zakażeniem ^d	1	1	-
1.9.5	Kamizelka ratunkowa ^d	-	1	-
1.9.6	Kamizelka szpikulco- i nożoodporna ^{d e}	1	1	-

^c dla każdego członka zespołu, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 38 ust. 3 ustawy o PRM

^d dla każdego członka zespołu,

^e obowiązuje od 31.03.2026r.

Wyposażenie ratownicze i ochronne				
1.10	Wyrób	Ilość minimalna dla podstawowego i specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego	Ilość minimalna dla wodnego zespołu ratownictwa medycznego	Ilość minimalna dla motocyklowej jednostki ratunkowej
1.10.1	Materiały do czyszczenia i dezynfekcji	1	1	1
1.10.2	Nożyczki ratownicze wielofunkcyjne do cięcia pasów bezpieczeństwa i innych materiałów	1	-	1
1.10.3	Trójkąt ostrzegawczy/oświetlenie ostrzegawcze	2	-	1
1.10.4	Reflektor punktowy	1	1	-
1.10.5	Gaśnica	1	1	-
1.10.6	Latarka czołowa (dla każdego członka zespołu)	1	1	-

1.11	Łączność			
	Wyrób	Ilość minimalna dla podstawowego i specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego	Ilość minimalna dla wodnego zespołu ratownictwa medycznego	Ilość minimalna dla motocyklowej jednostki ratunkowej
1.11.1	Stacjonarne radiowe urządzenie nadawczo-odbiorcze zainstalowane w pojeździe ^f	1	1	-
1.11.2	Przenośne radiowe urządzenie nadawczo-odbiorcze ^f	1	1	1
1.11.3	Dostęp do publicznej sieci telefonicznej np. za pomocą zwykłego nadajnika radiowego lub mobilnego telefonu (komórkowego) ^f	1	1	1
1.11.4	Przenośny alarmowy system przywołujący, liczba na osobę (może być elementem przenośnego odbiornika radiowego)	1	1	1
1.11.5	Wewnętrzna łączność między kierowcą i przedziałem dla pacjenta	1	-	-
^f zapewniające komunikację zespołu ratownictwa medycznego z dyspozytornią medyczną, szpitalnymi oddziałami ratunkowymi, centrami urazowymi, centrami urazowymi dla dzieci oraz z pozostałymi zespołami ratownictwa medycznego, w tym z lotniczymi zespołami ratownictwa medycznego				
2. Wymagania dotyczące specjalistycznego środka transportu drogowego				
2.1	Wymagania określone w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz rozporządzeniu.			
2.2	Cechy techniczne i jakościowe określone w obowiązującej Polskiej Normie PN-EN 1789 dla środka transportu drogowego typu B lub typu C.			
3. Inne wymagania				
3.1 Inne wymagania		W przypadku określonym w § 2 ust. 1 pkt 6 lit. b zarządzenia Świadczeniodawca ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obowiązany jest do złożenia oświadczenia zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 4 do zarządzenia wraz z kompletem dokumentów podwykonawcy określonych w ww. załączniku.		
3.2 Inne wymagania		Świadczeniodawca w celu potwierdzenia zabezpieczenia łączności umożliwiającej powiadamianie zespołów ratownictwa medycznego o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne składa oświadczenie zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 5 do zarządzenia		
3.3 Dodatkowo oceniane (rankingujące)		Określone w rozporządzeniu kryterialnym.		

Załącznik nr 13 do SWK

Wykaz personelu realizującego świadczenia w Zespołach Ratownictwa Medycznego: lekarz systemu, pielęgniarz/ka systemu art. 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U 2025 poz. 637), ratownik medyczny Ustawa o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych z dnia 01.12.2022r., osoba kierująca pojazdem uprzywilejowanym - art. 106 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. 2025 poz. 1226) (suma średnich tygodniowych czasów pracy przypisanych poszczególnym grupom zawodowym musi wynosić 100% czasu funkcjonowania zespołów ratownictwa medycznego)

1. Lekarze systemu

Lp	Nazwisko i imię	PESEL	Nr prawa wykonywania zawodu	Data uzyskania	Specjalność	Stopień specjalizacji	Data uzyskania*	Data rozpoczęcia**	Dostępność Godzinowa/tygodniowo
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

*W przypadku posiadania dyplomu

** W przypadku realizacji specjalizacji

2. Pielęgniarki/rze systemu, ratownicy medyczni (w tym osoby kierujące pojazdem uprzywilejowanym)

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Nr prawa wykonywania zawodu/ dyplomu	Data uzyskania Pwz/ dyplomu	Specjalizacja Kurs kwalifikacyjny	Data rozpoczęcia/ uzyskania	Uprawnienie do pełnienia funkcji kierownika zespołu Podstawowego tak/nie	Uprawnienie do kierowania ambulansem:		Dostępność godzinowa/ tygodniowo			Staż pracy w ZRM, LPR lub SOR – co najmniej 5 lat tak/nie
								Zezwolenie		kierownik zespołu P	kierujący ambulansem	Pozostałe	
								data wydania	data ważności				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Sporządził/a: Nazwisko i imię, tel., e-mail

(Należy wypełnić zgodnie z rodzajem ZRM, tzn. podstawowe dwuosobowe i/lub podstawowe trzyosobowe i/lub podstawowe dwuosobowe czasowe i/lub specjalistyczne)

FORMULARZ ZRM – specjalistyczne ZRM

1. Potwierdzenie wyposażenia wszystkich środków transportu sanitarnego wykazanych w ramach danego zakresu świadczeń w urządzenie do wykrywania obecności tlenu węgla w powietrzu łącznie we wszystkich ZRM u podwykonawcy

tak lub nie (proszę zaznaczyć prawidłowe)

2. Specjalistyczne środki transportu sanitarnego, których wiek nie przekracza 5 lat, a przebieg 200 000 km stanowią :

Proszę zaznaczyć prawidłowe :

co najmniej 49%

od 50%-74%

od 75%-100%

żadna odpowiedź nie jest prawidłowa

3. Posiadanie certyfikatu ISO 9001

tak lub nie (proszę zaznaczyć prawidłowo)

4. Stwierdzenie naruszeń w wyniku przeprowadzonych kontroli

tak lub nie (proszę zaznaczyć prawidłowe)

5. Potwierdzenie procentowego i ilościowego udziału Zespołów Ratownictwa Medycznego wyposażonych w nosze z mechanicznym systemem wspomaganie podnoszenia i załadunku, łącznie we wszystkich ZRM u podwykonawcy

proszę podać procent ilości zespołów posiadających sprzęt

6. Potwierdzenie procentowego i ilościowego udziału Zespołów Ratownictwa Medycznego wyposażonych w urządzenie do przenoszenia pacjenta siedzącego z systemem trakcyjnym umożliwiającym zsuwanie pacjenta po schodach. Urządzenie o nośności :

co najmniej 170 kg

co najmniej 227 kg

żadna z odpowiedzi

proszę zaznaczyć prawidłową odpowiedź, proszę podać procent ilości zespołów posiadających ww. sprzęt

7. Posiadanie noszy o udźwigu minimalnym 300 kg i minimalnej szerokości 55 cm
tak lub nie (proszę zaznaczyć prawidłowe)

8. Oferent realizuje w dniu złożenia oferty umowę o udzielenie świadczeń w rodzaju Ratownictwo Medyczne
tak lub nie (proszę zaznaczyć prawidłowe)

(Należy wypełnić zgodnie z rodzajem ZRM, tzn. podstawowe dwuosobowe i/lub podstawowe trzyosobowe i/lub podstawowe dwuosobowe czasowe i/lub specjalistyczne)

FORMULARZ ZRM – podstawowe dwuosobowe ZRM

1. Potwierdzenie wyposażenia wszystkich środków transportu sanitarnego wykazanych w ramach danego zakresu świadczeń w urządzenie do wykrywania obecności tlenu węgla w powietrzu łącznie we wszystkich ZRM u podwykonawcy

tak lub nie (proszę zaznaczyć prawidłowe)

2. Specjalistyczne środki transportu sanitarnego, których wiek nie przekracza 5 lat, a przebieg 200 000 km stanowią :

Proszę zaznaczyć prawidłowe :

co najmniej 49%

od 50%-74%

od 75%-100%

żadna odpowiedź nie jest prawidłowa

3. Posiadanie certyfikatu ISO 9001

tak lub nie (proszę zaznaczyć prawidłowo)

4. Stwierdzenie naruszeń w wyniku przeprowadzonych kontroli

tak lub nie (proszę zaznaczyć prawidłowe)

5. Potwierdzenie procentowego i ilościowego udziału Zespołów Ratownictwa Medycznego wyposażonych w urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej, łącznie we wszystkich ZRM u podwykonawcy

proszę podać procent ilości zespołów posiadających sprzęt

6. Potwierdzenie procentowego i ilościowego udziału Zespołów Ratownictwa Medycznego wyposażonych w nosze z mechanicznym systemem wspomagania podnoszenia i załadunku, łącznie we wszystkich ZRM u podwykonawcy

proszę podać procent ilości zespołów posiadających sprzęt

7. Potwierdzenie procentowego i ilościowego udziału Zespołów Ratownictwa Medycznego wyposażonych w urządzenie do przenoszenia pacjenta siedzącego z systemem trakcyjnym umożliwiającym zsuwanie pacjenta po schodach. Urządzenie o nośności :

co najmniej 170 kg

co najmniej 227 kg

żadna z odpowiedzi

proszę zaznaczyć prawidłową odpowiedź, proszę podać procent ilości zespołów posiadających ww. sprzęt

8. Posiadanie noszy o udźwigu minimalnym 300 kg i minimalnej szerokości 55 cm
tak lub nie (proszę zaznaczyć prawidłowe)

9. Oferent realizuje w dniu złożenia oferty umowę o udzielenie świadczeń w rodzaju Ratownictwo Medyczne
tak lub nie (proszę zaznaczyć prawidłowe)

10. Posiadanie we wszystkich zespołach ratownictwa medycznego systemu transmisji zapisu EKG (12 odprowadzeń) w ramach współpracy ze świadczeniodawcami realizującymi leczenie inwazyjne ostrych zespołów wieńcowych.

tak lub nie (proszę zaznaczyć prawidłowe)

(Należy wypełnić zgodnie z rodzajem ZRM, tzn. podstawowe dwuosobowe i/lub podstawowe trzyosobowe i/lub podstawowe dwuosobowe czasowe i/lub specjalistyczne)

FORMULARZ ZRM – podstawowe czasowe dwuosobowe ZRM

1. Potwierdzenie wyposażenia wszystkich środków transportu sanitarnego wykazanych w ramach danego zakresu świadczeń w urządzenie do wykrywania obecności tlenu węgla w powietrzu łącznie we wszystkich ZRM u podwykonawcy

tak lub nie (proszę zaznaczyć prawidłowe)

2. Specjalistyczne środki transportu sanitarnego, których wiek nie przekracza 5 lat, a przebieg 200 000 km stanowią :

Proszę zaznaczyć prawidłowe :

co najmniej 49%

od 50%-74%

od 75%-100%

żadna odpowiedź nie jest prawidłowa

3. Posiadanie certyfikatu ISO 9001

tak lub nie (proszę zaznaczyć prawidłowo)

4. Stwierdzenie naruszeń w wyniku przeprowadzonych kontroli

tak lub nie (proszę zaznaczyć prawidłowe)

5. Potwierdzenie procentowego i ilościowego udziału Zespołów Ratownictwa Medycznego wyposażonych w urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej, łącznie we wszystkich ZRM u podwykonawcy

proszę podać procent ilości zespołów posiadających sprzęt

6. Potwierdzenie procentowego i ilościowego udziału Zespołów Ratownictwa Medycznego wyposażonych w nosze z mechanicznym systemem wspomagania podnoszenia i załadunku, łącznie we wszystkich ZRM u podwykonawcy

proszę podać procent ilości zespołów posiadających sprzęt

7. Potwierdzenie procentowego i ilościowego udziału Zespołów Ratownictwa Medycznego wyposażonych w urządzenie do przenoszenia pacjenta siedzącego z systemem trakcyjnym umożliwiającym zsuwanie pacjenta po schodach. Urządzenie o nośności :

co najmniej 170 kg

co najmniej 227 kg

żadna z odpowiedzi

proszę zaznaczyć prawidłową odpowiedź, proszę podać procent ilości zespołów posiadających ww. sprzęt

8. Posiadanie noszy o udźwigu minimalnym 300 kg i minimalnej szerokości 55 cm
tak lub nie (proszę zaznaczyć prawidłowe)

9. Oferent realizuje w dniu złożenia oferty umowę o udzielenie świadczeń w rodzaju Ratownictwo Medyczne
tak lub nie (proszę zaznaczyć prawidłowe)

10. Posiadanie we wszystkich zespołach ratownictwa medycznego systemu transmisji zapisu EKG (12 odprowadzeń) w ramach współpracy ze świadczeniodawcami realizującymi leczenie inwazyjne ostrych zespołów wieńcowych.

tak lub nie (proszę zaznaczyć prawidłowe)

OŚWIADCZENIE

Jako Wykonawca:(należy podać nazwę i adres Wykonawcy) ubiegający się o zamówienie pn. Usługi medyczne w zakresie udzielania świadczeń przez specjalistyczne i podstawowe zespoły ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym nr 14/03 zgodnie z Wojewódzkim Planem Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego dla województwa mazowieckiego oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 514).

Na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu z postępowania wyklucza się:

1. wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;
2. wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2023 r. poz. 1124 z późn. zm.) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;
3. wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2023 r. poz. 120, 295 i 1598 oraz z 2024 r. poz. 619, 1685 i 1863), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy.

Lista osób i podmiotów (lista), wobec których są stosowane środki, o których mowa powyżej, jest prowadzona przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych i publikowana w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej ministra właściwego do spraw wewnętrznych <https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami>.

.....
data i podpis Świadczeniodawcy

**(lub osoby uprawnionej do reprezentowania
Świadczeniodaw**

Miejscowość, data

Dane Świadczeniodawcy:

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

Kod postępowania:

**OŚWIADCZENIE ŚWIADCZENIODAWCY O ZASTRZEŻENIU INFORMACJI
STANOWIĄCYCH TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORCY**

Zgodnie z art. 135 ust. 2 pkt 2 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.) wnoszę o zastrzeżenie w złożonej przeze mnie ofercie następujących informacji, stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy:

Lp.	Element oferty*	Zastrzegam**
1	2	3
1.	Wykaz podwykonawców	
2.	Wykaz personelu	
3.	Wykaz sprzętu	
4.	Wykaz pojazdów	
5.	Wykaz pomieszczeń	

6.	Wykaz miejsc udzielania świadczeń z danymi identyfikacyjnymi, obejmujący również miejsca udzielania świadczeń przez podwykonawców	
7.	Ofertę w zakresie liczby i ceny dla przedmiotu postępowania i miejsca udzielania świadczeń	
8.	Harmonogram udzielania świadczeń	
9.	Harmonogram pracy personelu lub jego dostępność godzinową	
10.	Ankiety dotyczące danego postępowania w części zawierającej informacje zastrzeżone, wskazane w l.p. 1-9	
11.	Inne, niż wymienione w l.p. 1-10, informacje:	

*Dane (elementy oferty) wymienione w kolumnie 2 oparte są na treści oferty (formularzu ofertowym), stanowią wyliczenie przykładowe (niewiążące świadczeniodawcy) i do wyłącznej decyzji świadczeniodawcy należy wskazanie odpowiednich informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy.

**W przypadku zastrzeżenia informacji należy w kolumnie nr 3 wstawić znak „X”.

Dokumentacja tworzona w celu udokumentowania przebiegu postępowania może zostać udostępniona po uprzednim usunięciu danych zastrzeżonych przez oferenta.

Niedopuszczalne jest zastrzeżenie całej oferty. Oświadczenie o zastrzeżeniu całej oferty jest nieskuteczne.

Termin złożenia lub modyfikacji oświadczenia upływa w dniu poprzedzającym dzień ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania.

Data i podpis osoby upoważnionej

Załącznik nr 17 do SWK

Dane Świadczeniodawcy:

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

NIP:

REGON:

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jako świadczeniodawca zapewniam gotowość do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne (kod postępowania 07-26-000015/RTM/16/1/14/03/01), utrzymując w stałej dyspozycji obsadę kadrową, specjalistyczne środki transportu sanitarnego wraz z niezbędnymi elementami wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, zestaw leków i wyrobów medycznych, zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku nr 3 do zarządzenia nr 90/2025/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w przepisach odrębnych. Świadczenia, o których mowa realizowane będą z wykorzystaniem Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM).

.....

(miejscowość, data)

.....

(Świadczeniodawca)

Dane świadczeniodawcy:

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

OŚWIADCZENIA ŚWIADCZENIODAWCY

Oświadczam, że jako świadczeniodawca:

- 1) zapoznałem się z przepisami zarządzenia oraz z warunkami zawierania umów i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję je do stosowania;
- 2) zapoznałem się i akceptuję ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określone w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) zapoznałem się i akceptuję wzory umów określone w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dla danego rodzaju lub zakresu świadczeń;
- 4) zapoznałem się z regulaminem technicznym przygotowania oferty określonym przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 5) zapoznałem się z aplikacjami informatycznymi określonymi przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w regulaminie technicznym przygotowania oferty;
- 6) posiadam tytuł prawny do korzystania z:
 - a) lokali lub budynków, w których będą udzielane świadczenia,
 - b) sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej ich wyposażenie;
- 7) w przypadku ratownictwa medycznego posiadam tytuł prawny do korzystania z:
 - a) lokali lub budynków będących miejscem stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego zlokalizowanych w rejonie operacyjnym;

- b) środków transportu medycznego wykorzystywanych przez zespoły ratownictwa medycznego;
 - c) sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie środków transportu sanitarnego;
- 8) będę wykonywał świadczenia objęte umową z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w lokalach i pomieszczeniach oraz przy pomocy sprzętu i aparatury, o których mowa w pkt 6;
 - 9) w przypadku ratownictwa medycznego będę wykonywał świadczenia objęte umową z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia przy pomocy środków transportu medycznego, sprzętu i aparatury, o których mowa w pkt 7b i 7c, a zespoły ratownictwa medycznego stacjonować będą w lokalach lub budynkach o których mowa w pkt 7a;
 - 10) spełniam wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia;
 - 11) w przypadku ratownictwa medycznego spełniam wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń składających się na miejsce stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego;
 - 12) spełniam inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 13) dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
 - 14) nie zachodzi wobec mnie przeszkoda do zawarcia umowy, o której mowa w art. 132 ust. 3 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).

Oświadczenie o posiadaniu doświadczenia w zakresie świadczeń usług

....., dnia

Pieczętka podmiotu leczniczego

Oświadczam, że posiadam doświadczenie w świadczeniu usług zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego przez minimum 5 lat w ostatnich 7 latach

Podpis i data