

O F E R T A
na udzielania świadczeń zdrowotnych

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 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 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 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. Proponuję czas trwania umowy (nie krócej niż 3 m-ce) – od dnia 2023 roku
do dnia roku (nie dłuższy niż do dnia 31.12.2025 roku).

15. 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 i Szczegółowymi Warunkami Konkursu.
2. Prowadzona przeze mnie działalność obejmuje zakres świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert.
3. Wyrażam wolę zawarcia i przyjmuję warunki umowy, według projektu stanowiącego załącznik nr 2 do Szczegółowych Warunków Konkursu.
4. Spełniam wymagania zdrowotne, określone w właściwych przepisach i przyjmuję obowiązek przedłożenia stosownego zaświadczenia najpóźniej do dnia zawarcia umowy lub na żądanie Udzielającego zamówienie.
5. Przyjmuję obowiązek zawarcia, najpóźniej w dniu poprzedzającym datę rozpoczęcia udzielania świadczeń, umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych i w takim terminie doręczenia Udzielającemu zamówienia kopii w/w umowy ubezpieczenia.
6. Przyjmuję obowiązek realizacji doskonalenia zawodowego i przedłożenia aktualnej Karty Doskonalenia Zawodowego dla ratownika medycznego oraz Karty Doskonalenia Zawodowego ratownika medycznego z zakończonego okresu edukacyjnego z wymaganymi wpisami potwierdzającymi zrealizowanie danych form doskonalenia zawodowego najpóźniej do dnia zawarcia umowy lub na żądanie Udzielającego zamówienie.
7. W przypadku wyboru mojej oferty wyrażam wolę rozwiązania łączącego mnie z SP ZOZ WSPRiTŚ w Płocku stosunku pracy za porozumieniem stron.
8. Zobowiązuje się do udokumentowania informacji przedstawionych w części I formularza oferty na udzielanie świadczeń zdrowotnych na żądanie udzielającego zamówienie we wskazanych przez niego terminie,
9. Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną w zakresie przetwarzania danych osobowych i wyrażam zgodę 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 lub 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
	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
	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 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. 2021.1285 z późn. zm).

Data sporządzenia oferty:

Czytelny podpis Oferenta:

.....

.....