Załącznik nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu

………………………….,dnia…………..

……………………

Pieczątka

**OFERTA**

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**Przedmiot oferty:**

**konkurs ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDITRANS OSTROŁĘKA” Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Ostrołęce zaprasza Oferentów do składania ofert w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych przez:**

1. **ratowników medycznych,**
2. **ratowników medycznych z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych,**
3. **pielęgniarki i pielęgniarzy,**
4. **pielęgniarki i pielęgniarzy z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych**

**w zespołach ratownictwa medycznego na terenie działania Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „MEDITRANS OSTROŁĘKA” Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Ostrołęce (rejon operacyjny 14/02).**

**A. Informacje:**

1. Imię i nazwisko Oferenta ……………………………………………………
2. Nazwa i adres firmy…………………………………………………………

……………………………………………………………………………….

1. Adres do korespondencji (jeśli jest inny, niż adres działalności gospodarczej)…………………………………………………………………….
2. Adres e-mail………………………………………………………………………
3. Wykształcenie……………………………………………………………………
4. Nr dyplomu………………………………………………………………………
5. Nr telefonu……………………………………………………………………….
6. PESEL……………………………………………………………………………
7. Numer NIP ………………………………………………………………………
8. Numer REGON …………………………………………………………………
9. Imiona Rodziców ………………………………………………………………..
10. Nazwisko rodowe………………………………………………………………..
11. Posiadany staż pracy na dzień złożenia oferty:

|  |  |
| --- | --- |
| Doświadczenie zawodowe w jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego | ……….lat ………miesięcy |
| W tym zespołach ratownictwa medycznego, których dysponentem jest Udzielający zamówienia oraz Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wyszkowie. | ……….lat ………miesięcy |

1. **Oferuję następującą kwotę należności – stawkę za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:**

**Ratownika medycznego/pielęgniarkę/pielęgniarza – członek ZRM – …………. zł.**

1. Oferuję miesięczny wymiar czasu pozostawania w dyspozycji Udzielającego zamówienia w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach ratownictwa medycznego w ilości godzin nie mniej niż…………….. ( nie mniej niż 160) w każdym miesiącu objętym umową.
2. Informacja o świadczeniu pracy/usług 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 SPZOZ „MEDITRANS OSTROŁĘKA” SPRiTS w Ostrołęce:

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

i w przypadku przyjęcia mojej oferty poza świadczeniem usług w SPZOZ „MEDITRANS OSTROŁĘKA” SPRiTS w Ostrołęce 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

1. **Oświadczenia:**

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia konkursu ofert a także Szczegółowymi Warunkami Konkursu (SWK) - nie zgłaszam do ich treści zastrzeżeń.
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 SWK.
4. Wyrażam wolę zawarcia i przyjmuję warunki umowy przetwarzania danych osobowych, według projektu stanowiącego załącznik nr 3 do SWK.
5. Zapewnię ciągłość udzielanych świadczeń będących przedmiotem umowy.
6. Przyjmuję obowiązek zawarcia/posiadania, na dzień podpisania umowy z Udzielającym Zamówienia, umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych i zobowiązuję się do utrzymywania przez cały okres trwania umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne zawartej z SPZOZ „MEDITRANS OSTROŁĘKA” SPRiTS w Ostrołęce umowy obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w ramach zawartej z Udzielającym Zamówienia umowy.
7. Będę samodzielnie rozliczał się z Urzędem Skarbowym oraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
8. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
9. Posiadam/nie posiadam\* aktualną umowę z Udzielającym Zamówienie i dokumenty Oferenta określone w części C (dokumenty od 1 do 11) są w posiadaniu/ nie są w posiadaniu\* Udzielającego Zamówienie (w sytuacji, gdyby złożone w poprzednim konkursie dokumenty uległy zmianie lub straciły ważność, należy złożyć aktualne).
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich podanych danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDITRANS OSTROŁEKA” Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Ostrołęce, ul. Kościuszki 49, 07-410 Ostrołęka w celu weryfikacji w Rejestrze sprawców przestępstw na tle seksualnym.
11. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów konkursu i w przypadku wybrania mojej oferty zawarcia i wykonania umowy.

\*niepotrzebne skreślić

………………………………………………….  
Data i czytelny podpis oferenta

1. **Dokumenty:**

Do oferty załączam następujące dokumenty\* (zaznaczyć X) - *wszystkie strony kopii dokumentów powinny być opatrzone adnotacją „za zgodność z oryginałem” i podpisane przez oferenta*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 |  | Kopię dyplomu/ świadectwa poświadczającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu zgodnie z ustawą o PRM |
| 2 |  | Kopię prawa wykonywania zawodu – dotyczy pielęgniarki systemu |
| 3 |  | 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 – dotyczy pielęgniarki systemu |
| 4 |  | Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – dotyczy pielęgniarki systemu |
| 5 |  | Wpis do ewidencji działalności gospodarczej, pobrany z CEIDG po dacie ogłoszenia konkursu |
| 6 |  | Kopię prawa jazdy – dotyczy ratownika medycznego kierującego ambulansem/ pielęgniarki/rza systemu kierującej/ego ambulansem |
| 7 |  | Kopie zezwolenia na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym – dotyczy ratownika medycznego kierującego ambulansem/ pielęgniarza/ki systemu kierującego/ej ambulansem |
| 8 |  | aktualne okresowe szkolenie BHP lub pisemne zobowiązanie do przedłożenia ww. szkolenia do dnia podpisania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych |
| 9 |  | umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy wynosi równowartość w złotych 30000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, w przypadku gdy Oferent na dzień składania ofert nie zawarł z ubezpieczycielem ww. polisy, zobowiązany jest do dostarczenia jej do dnia podpisania umowy z Udzielającym zamówienie. |
| 10 |  | orzeczenie lekarskie wydane przez lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku pielęgniarki/pielęgniarza systemu, pielęgniarki/pielęgniarza systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych, ratownika medycznego/ratownika medycznego z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych, zgodnie z obowiązującymi przepisami lub pisemne zobowiązanie do przedłożenia ww. orzeczenia lekarskiego do dnia podpisania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych |
| 11 |  | książeczka zdrowia lub orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na stanowisku pielęgniarki/pielęgniarza systemu, pielęgniarki/pielęgniarza systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych, ratownika medycznego / ratownika medycznego z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych lub pisemne zobowiązanie do przedłożenia ww. orzeczenia lekarskiego do dnia podpisania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych |
| 12 |  | Podpisany załącznik nr 1- Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych |
| 13 |  | Podpisany i zaparafowany załącznik nr 2 – Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych |
| 14 |  | Podpisany i zaparafowany załącznik nr 3 – Umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych |
| 15 |  | Podpisane oświadczenie załącznik nr 4 lub załącznik nr 5 do SWK |

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDITRANS OSTROŁĘKA” Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Ostrołęce z siedzibą w Ostrołęce 07-410,   
ul. Kościuszki 49 w celu przeprowadzenia konkursu ofert, ewentualnego zawarcia umowy,   
a także w celach kontaktowych.

…………………………………  
(data i czytelny podpis Oferenta)