

.....dnia.....

OFERTA**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH****Przedmiot oferty:**

konkurs ofert w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych, ratowników medycznych z uprawnieniami do kierowania pojazdów uprzywilejowanych, pielęgniarki i pielęgniarzy, pielęgniarki i pielęgniarzy z uprawnieniami do kierowania 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.....
.....
3. Adres do korespondencji (jeśli jest inny, niż adres działalności gospodarczej)
.....
4. Adres e-mail.....
5. Wykształcenie.....
6. Nr dyplomu.....
7. Nr telefonu.....
8. PESEL.....
9. Numer NIP
10. Numer REGON
11. Imiona Rodziców
12. Nazwisko rodowe.....
13. Posiadany staż pracy na dzień złożenia oferty:

Doświadczenie zawodowe w jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznegolatmiesięcy
W tym zespołach ratownictwa medycznego, których dysponentem jest Udzielający zamówienialatmiesięcy

14. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z posiadanymi przeze mnie uprawnieniami (zaznaczyć wybrane):

- ☐ Kierownika ZRM
☐ Kierowcy ZRM
☐ Członka ZRM

15. Oferuję następującą kwotę należności – stawkę za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych (wpisać stawki w funkcjach wskazanych w pkt. 14):

a) Ratownika medycznego/pielęgniarkę/pielęgniara – Kierownik ZRM -zł

b) Ratownika medycznego/pielęgniarkę/pielęgniara – Kierowca ZRM -zł

c) Ratownika medycznego/pielęgniarkę/pielęgniara – Członek ZRM –zł.

16. 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.

17. Informacja o świadczeniu pracy/usług na rzecz innych podmiotów:

Ja, niżej podpisany/na, 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/pracodawcy	Rodzaj umowy	Stanowisko/czynności	Ilość godzin w m-cu

i w przypadku przyjęcia mojej oferty poza udzielaniem świadczeń zdrowotnych w SPZOZ „MEDITRANS OSTROŁĘKA” SPRiTS w Ostrołęce zamierzam kontynuować świadczenie pracy/usług na rzecz niżej wymienionych podmiotów:

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

*niepotrzebne skreślić

Zobowiązuję się, do powiadamiania Udzielającego Zamówienie o wszelkich zmianach w powyższym zakresie.

18. Oświadczam, że nie jestem/jestem* funkcjonariuszem (wpisać odpowiednią nazwę, np. Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Więziennej).....w rozumieniu art. 1 pkt.1 ustawy z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno – Skarbowej i Służby Więziennej oraz ich rodzin (Dz.U. 2024.1121 t.j.).
19. Oświadczam, że jestem/ nie jestem żołnierzem/ żołnierzem zawodowym Sił Zbrojnych w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2022 roku o obronie Ojczyzny (Dz.U. 2025.825 t.j.). Jeśli jest Pan/Pani żołnierzem/ żołnierzem zawodowym proszę wskazać rodzaj Sił Zbrojnych w których pełni Pan/Pani służbę.....

*niepotrzebne skreślić

.....
czytelny podpis oferenta

B. 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 **(wpisać nr wzoru umowy)** do SWK.
4. Wyrażam wolę zawarcia i przyjmuję warunki umowy przetwarzania danych osobowych, według projektu stanowiącego załącznik nr 4 do SWK.
5. Zapewnię ciągłość udzielanych świadczeń będących przedmiotem umowy.
6. Przyjmuję obowiązek posiadania i dostarczenia do dnia 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. Przyjmuję obowiązek posiadania i dostarczenia do dnia podpisania umowy z Udzielającym Zamówienie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w mieniu Udzielającego Zamówienie lub osobie trzeciej i zobowiązuję się do utrzymywania przez cały okres trwania umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne zawartej z SPZOZ „MEDITRANS OSTROŁĘKA” SPRiTS w Ostrołęce.
8. Przyjmuję obowiązek dostarczenia informacji o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego do dnia podpisania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Informacja o niekaralności nie może być starsza niż **1 miesiąc licząc do dnia otwarcia ofert.**
9. Będę samodzielnie rozliczał się z Urzędem Skarbowym oraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
10. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
11. Posiadam/nie posiadam* aktualną umowę z Udzielającym Zamówienie i dokumenty Oferenta określone w części C (dokumenty od 1 do 15) 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).
12. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich podanych danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDITRANS OSTROŁĘKA” Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Ostrołęce, ul. Kościuszki 49, 07-410 Ostrołęka w celu weryfikacji w Rejestrze sprawców przestępstw na tle seksualnym.

13. Zapoznałem/am się z treścią Standardów Ochrony Małoletnich w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „MEDITRANS OSTROŁĘKA” Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Ostrołęce. Treść dostępna na stronie www.meditrans.ostroleka.pl.
14. Zapoznałem/am się z procedurą zgłoszeń wewnętrznych oraz podejmowania działań następnych obowiązująca w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „MEDITRANS OSTROŁĘKA” Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Ostrołęce. Treść dostępna na stronie www.meditrans.ostroleka.pl.
15. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów konkursu i w przypadku wybrania mojej oferty zawarcia i wykonania umowy.
16. Oświadczam, iż swoim dotychczasowym zachowaniem daję rękojmię prawidłowego wykonywania zawodu ratownika medycznego, w szczególności nie byłem/am skazany/a prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.

*niepotrzebne skreślić

.....
Data i czytelny podpis oferenta

C. Dokumenty:

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

	Do oferty załączam dokument	Do oferty załączam zobowiązanie	
1			kopię dyplomu lub 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			dyplom posiadanej specjalizacji lub zaświadczenie o odbywanej specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub anestezjologicznego i intensywnej opieki – dotyczy pielęgniarki systemu
4			dyplom posiadanej specjalizacji lub zaświadczenie o odbywanej specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego i ukończony kurs w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego – dotyczy pielęgniarki systemu
5			zaświadczenia z kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego lub pediatrycznego i zaświadczenie potwierdzające co najmniej 3 – letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, szpitalnym oddziale ratunkowym, izbie przyjęć lub zespole ratownictwa medycznego i ukończony kurs w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego – dotyczy pielęgniarki systemu
6			zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – dotyczy pielęgniarki systemu
7			wpis do ewidencji działalności gospodarczej, pobrany z CEIDG
8			kopię prawa jazdy – dotyczy ratownika medycznego kierującego ambulansem/ pielęgniarki/rza systemu kierującej/ego ambulansem
9			kopię zezwolenia na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym – dotyczy ratownika medycznego kierującego ambulansem/ pielęgniarką/ki systemu kierującego/ego ambulansem
10			aktualne okresowe szkolenie BHP lub pisemne zobowiązanie do przedłożenia ww. szkolenia do dnia podpisania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych
11			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 lub pisemne zobowiązanie do przedłożenia ww. ubezpieczenia do dnia podpisania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych
12			umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w mieniu Udzielającego Zamówienie lub osobie trzeciej lub pisemne zobowiązanie do przedłożenia ww. ubezpieczenia do dnia podpisania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych
13			orzeczenie lekarskie wydane przez lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku pielęgniarki/pielęgniarkę systemu, pielęgniarki/pielęgniarkę systemu z uprawnieniami do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi, ratownika medycznego/ratownika medycznego z uprawnieniami do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi, zgodnie z obowiązującymi przepisami lub pisemne zobowiązanie do przedłożenia ww. orzeczenia lekarskiego do dnia podpisania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych
14			książeczka zdrowia lub orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na stanowisku pielęgniarki/pielęgniarkę systemu, pielęgniarki/pielęgniarkę systemu z uprawnieniami do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi, ratownika medycznego / ratownika medycznego z uprawnieniami do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi lub pisemne zobowiązanie do przedłożenia ww. orzeczenia lekarskiego do dnia podpisania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych
15			przebieg pracy zawodowej - CV
16			informacja o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub za odpowiadające tym przestępstwom

			czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego lub pisemne zobowiązanie do przedłożenia ww. zaświadczenia do dnia podpisania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Informacja o niekaralności nie może być starsza niż 1 miesiąc licząc do dnia otwarcia ofert.	
17			podpisany załącznik nr 1- Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych	
18			podpisany załącznik nr 5 - oświadczenie o państwie lub państwach, w których Oferent zamieszkiwał w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa,	
19			podpisany załącznik nr 7 zgoda na przetwarzanie danych osobowych przez SPZOZ „MEDITRANS OSTROŁĘKA” SP. R. w Ostrołęce w celu organizacji pracy w razie mobilizacji lub wojny	

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)

