

.....,dnia.....

OFERTA

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Przedmiot oferty:

Konkurs ofert w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych, ratowników medycznych z uprawnieniami do kierowania pojazdem uprzywilejowanym, pielęgniarki i pielęgniarzy, pielęgniarki i pielęgniarzy z uprawnieniami do kierowania pojazdem uprzywilejowanym w zespołach transportu sanitarnego oraz świadczeniach komercyjnych i zleconych przez organy państwowe i samorządowe.

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 transportu sanitarnego, których dysponentem jest Udzielający zamówienialatmiesięcy

14. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z posiadanymi przeze mnie uprawnieniami:

Ratownik medyczny	
Ratownik medyczny z uprawnieniami do kierowania pojazdem uprzywilejowanym	
Pielęgniarz/pielęgniarka systemu	
Pielęgniarz/pielęgniarka systemu z uprawnieniami do kierowania pojazdem uprzywilejowanym	

15. Oferuję następującą kwotę brutto – stawkę za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach transportu sanitarnego -

16. Oferuję miesięczny wymiar czasu pozostawania w dyspozycji Udzielającego zamówienia w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach transportu sanitarnego oraz świadczeniach komercyjnych i zleconych przez organy państwowe i samorządowe 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	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 zdrowotnych na rzecz niżej wymienionych podmiotów:

Lp	Nazwa jednostki	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” SP.RiTS 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” SP.RiTS 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. 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.
12. Posiadam/nie posiadam* aktualną umowę z Udzielającym Zamówienie w zakresie objętym konkursem ofert. Dokumenty określone w części C (dokumenty od 1 do 15) formularza ofertowego 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).

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/ 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/jej 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 Udziałającego 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 miesięcy 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” SPRiTS 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)