

.....
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)
.....

.....
Adres podmiotu, **czytelnie telefon, czytelnie adres e-mail**
.....

Rodzaj rejestru, NIP, REGON

Oferta
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zespołach ratownictwa medycznego Pogotowia Ratunkowego Szpitala
Powiatowego w Chrzanowie
(stacje: Chrzanów, Wygiełzów, Libiąż, Trzebinia)
przez ratowników medycznych, ratowników medycznych-kierowców,
pielęgniarki/pielęgniarzy systemu, pielęgniarki/pielęgniarzy systemu-kierowców.

**CZĘŚĆ PRZEZNACZONA DLA OFERENTÓW WYKAZUJĄCYCH JEDNĄ OSOBĘ DO
REALIZACJI ŚWIADCZEŃ (W TYM PRZEDSIĘBIORCÓW PROWADZĄCYCH
JEDNOOSOBOWĄ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ)**

1. Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zespołach wyjazdowych Pogotowia Ratunkowego Szpitala Powiatowego w Chrzanowie (stacje: Chrzanów, Wygiełzów, Libiąż, Trzebinia)
2. **Za realizację świadczeń zdrowotnych w dni robocze, soboty, niedziele i święta oczekuję wynagrodzenia w kwocie ... zł brutto za 1 (jedną) przepracowaną godzinę (kwota zawiera 30% dodatek wyjazdowy za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zespołach Wyjazdowych).**
3. Do oferty dołączono dokumenty (zaznaczyć dołączone dokumenty):

Lp.	Dokumenty	Należy zaznaczyć znakiem „X” dołączone dokumenty
1.	Aktualny odpis z właściwego rejestru, albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej lub wypis z rejestru podmiotów leczniczych oraz wyciąg z KRS – ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY	
2.	Dokumenty potwierdzające posiadanie kwalifikacji	
	W przypadku ratowników medycznych – ZAŁĄCZNIKI OBOWIĄZKOWE DLA RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH – wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
a	dypłom potwierdzający posiadanie kwalifikacji	
b	ostatnia strona karty doskonalenia zawodowego z potwierdzeniem zaliczenia poprzedniego okresu edukacyjnego lub zaświadczenie potwierdzające zaliczenie poprzedniego okresu edukacyjnego wydane przez właściwy organ Państwowy lub zaświadczenie potwierdzające zaliczenie poprzedniego okresu edukacyjnego wydane przez pracodawcę	

	W przypadku pielęgniarek/pielęgniarzy - ZAŁĄCZNIKI OBOWIĄZKOWE DLA PIEŁĘGNIAREK/PIEŁĘGNIARZY- wymagane kserokopie opisane klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
d	prawo wykonywania zawodu	
e	Dyplom ukończenia studiów wyższych pierwszego lub drugiego stopnia	
f	dyplom posiadanej specjalizacji (jeżeli Oferent ją posiada)	
g	zaświadczenie o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego (jeżeli Oferent go ukończył)	
3.	Aktualne badania lekarskie na stanowisko ratownika medycznego/pielęgniarki systemu - ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY - wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
4.	Aktualna polisa OC - ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY Aktualna polisa NNW - ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY	
5.	Zaświadczenie o niekaralności - ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY - wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem” na dzień podpisania umowy (aktualne, nie starsze niż 3 m-ce)	
6.	Aktualne prawo jazdy (dotyczy ratownika medycznego - kierowcy, pielęgniarki/pielęgniacza systemu - kierowcy) - ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY DLA KIEROWCÓW - wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
7.	Pozwolenie na kierowanie pojazdami uprzywilejowanymi, wydane przez właściwy organ (dotyczy ratownika medycznego - kierowcy, pielęgniarki/pielęgniacza systemu - kierowcy). - ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY DLA KIEROWCÓW - wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
8.	Zaświadczenie o posiadanym doświadczeniu w pracy w zespołach ratownictwa medycznego, lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych - ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY DLA OFERENTÓW POSIADAJĄCYCH DOŚWIADCZENIE POWYŻEJ 5000 H W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT	
a	Kserokopie ważnych dokumentów świadectw wymienionych poniżej - ZAŁĄCZNIKI NIEOBOWIĄZKOWE - wymagane kserokopie opisane klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
b	Certyfikat ERC ALS lub równoważny	
c	Certyfikat AHA ACLS lub równoważny	
d	Certyfikat ERC EPALS lub równoważny	
e	Certyfikat ERC NLS lub równoważny	
f	Certyfikat ERC ETC/ITLS lub równoważny	
g	Certyfikat stosowania ultrasonografii w ZRM	
h	Certyfikat postępowania przy porodzie w warunkach ZRM	
i	Certyfikat postępowania w wypadkach z dużą liczbą poszkodowanych	
j	Certyfikat postępowania w masywnych krwotokach	
9.	Dokumentu potwierdzający podnoszenie jakości świadczeń zdrowotnych poprzez wpływ na realizację standardów akredytacyjnych opracowanych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia	
10.	Zaświadczenie o zachowanej ciągłości pracy polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespołach ratownictwa medycznego, lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych, dyspozytorni medycznej w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub zaświadczenie o przepracowaniu min. 500 h w ostatnich 6 miesiącach ZAŁĄCZNIK NIEOBOWIĄZKOWY	
11.	Oświadczenie Oferenta - ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY	

4. Składam następującą deklarację swojej dyspozycyjności, która w miarę potrzeb Zamawiającego będzie egzekwowana. Deklaruję świadczenie liczby godzin pracy na (zaznaczyć właściwe pole znakiem „X”):

24-120 godzin miesięcznie	
121 - 167 godzin miesięcznie	
powyżej 168 godzin miesięcznie	

5. Oświadczam, że zapoznałam (-em) się z treścią ogłoszenia o Konkursie ofert, Regulaminem przeprowadzania Konkursu ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....

miejsce i data

.....

podpis Oferenta,
bądź osoby upoważnionej

CZEŚĆ PRZEZNACZONA DLA OFERENTÓW WYKAZUJĄCYCH WIĘCEJ NIŻ JEDNĄ OSOBĘ DO REALIZACJI ŚWIADCZEŃ (NP. PODMIOTÓW LECZNICZYCH)

1. Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zespołach wyjazdowych Pogotowia Ratunkowego Szpitala Powiatowego w Chrzanowie (stacje: Chrzanów, Wygiełzów, Libiąż, Trzebinia).
2. **Za realizację świadczeń zdrowotnych w dni robocze, soboty, niedziele i święta oczekuję wynagrodzenia w kwocie ... zł brutto za 1 (jedną) przepracowaną godzinę każdej wskazanej osoby (kwota zawiera 30% dodatek wyjazdowy za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zespołach Wyjazdowych).**
3. Do oferty dołączono dokumenty podmiotu leczniczego (zaznaczyć dołączone dokumenty):

Lp.	Dokumenty	Należy zaznaczyć znakiem „X” dołączone dokumenty
1.	Aktualny odpis z właściwego rejestru, albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej lub wypis z rejestru podmiotów leczniczych oraz wyciąg z KRS – ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY	
2.	Oświadczenie Oferenta – ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY	
3.	Wykaz osób wraz dokumentami potwierdzającymi deklarowane informacje przez Oferenta	

4. Wykaz osób:

Lp.	Imię i Nazwisko
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
...	

5. Do każdej powyżej wskazanej osoby należy dołączyć poniższy uzupełniony formularz, a za nim dokumenty potwierdzające deklarowane informacje zawarte w formularzu. (zaznaczyć dołączone dokumenty):

Lp.	Dokumenty (imię i nazwisko)	Należy zaznaczyć znakiem „X” dołączone dokumenty
2.	Dokumenty potwierdzające posiadanie kwalifikacji.	
	W przypadku ratowników medycznych – ZAŁĄCZNIKI OBOWIĄZKOWE DLA RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH – wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
a	dypłom potwierdzający posiadanie kwalifikacji	
b	ostatnia strona karty doskonalenia zawodowego z potwierdzeniem zaliczenia poprzedniego okresu edukacyjnego lub zaświadczenie potwierdzające zaliczenie poprzedniego okresu edukacyjnego wydane przez właściwy organ państwowy lub zaświadczenie potwierdzające zaliczenie poprzedniego okresu edukacyjnego wydane przez pracodawcę	
c	pierwsza strona aktualnej karty doskonalenia zawodowego (dotyczy tylko osób realizujących pierwszy okres edukacyjny)	
	W przypadku pielęgniarek/pielęgniarzy – ZAŁĄCZNIKI OBOWIĄZKOWE DLA PIEŁĘGNIAREK/PIEŁĘGNIARZY – wymagane kserokopie opisane klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
d	prawo wykonywania zawodu	
e	Dypłom ukończenia studiów wyższych pierwszego lub drugiego stopnia	
f	dypłom posiadanej specjalizacji (jeżeli Oferent ją posiada)	
g	zaświadczenie o rozpoczęciu specjalizacji (jeżeli Oferent ją odbywa)	
h	zaświadczenie o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego (jeżeli Oferent go ukończył)	
3.	Aktualne badania lekarskie na stanowisko ratownika medycznego/pielęgniarki systemu – ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY – wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
4.	Aktualna polisa OC – ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY Aktualna polisa NNW – ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY	
5.	Zaświadczenie o niekaralności – ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY – wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem” na dzień podpisania umowy (aktualne, nie starsze niż 3 m-ce)	
6.	Aktualne prawo jazdy (dotyczy ratownika medycznego - kierowcy, pielęgniarza/pielęgniarki systemu - kierowcy) – ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY DLA KIEROWCÓW – wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
7.	Pozwolenie na kierowanie pojazdami uprzywilejowanymi, wydane przez właściwy organ (dotyczy ratownika medycznego - kierowcy, pielęgniarza/pielęgniarki systemu - kierowcy). – ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY DLA KIEROWCÓW – wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
8.	Zaświadczenie o posiadanym doświadczeniu w pracy w zespołach ratownictwa medycznego, lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych wyrażone w przepracowanej liczbie godzin w ciągu ostatnich 5 lat – ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY DLA OSÓB WIDNIEJĄCYCH NA WYKAZIE POSIADAJĄCYCH DOŚWIADCZENIE POWYŻEJ 5000 H W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT	

a	Kserokopie ważnych dokumentów świadectw wymienionych poniżej – ZAŁĄCZNIKI NIEOBOWIĄZKOWE – wymagane kserokopie opisane klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
b	Certyfikat ERC ALS lub równoważny	
c	Certyfikat AHA ACLS lub równoważny	
d	Certyfikat ERC EPALS lub równoważny	
e	Certyfikat ERC NLS lub równoważny	
f	Certyfikat ERC ETC/ITLS lub równoważny	
g	Certyfikat stosowania ultrasonografii w ZRM	
h	Certyfikat postępowania przy porodzie w warunkach ZRM	
i	Certyfikat postępowania w wypadkach z dużą liczbą poszkodowanych	
j	Certyfikat postępowania w masywnych krwotokach	
9.	Dokumentu potwierdzający podnoszenie jakości świadczeń zdrowotnych poprzez wpływ na realizację standardów akredytacyjnych opracowanych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia	
10.	Zaświadczenie o zachowanej ciągłości pracy polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespołach ratownictwa medycznego, lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych, dyspozytorni medycznej w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub zaświadczenie o przepracowaniu min. 500 h w ostatnich 6 miesiącach ZAŁĄCZNIK NIEOBOWIĄZKOWY	
11.	Składam następującą deklarację dyspozycyjności, która w miarę potrzeb Udzielającego Zamówienie będzie egzekwowana. Deklaruję świadczenie liczby godzin pracy na	
a	24-120 godzin miesięcznie	
b	121-167 godzin miesięcznie	
c	powyżej 168 godzin miesięcznie	

6. Oświadczam, że zapoznałam (-em) się z treścią ogłoszenia o Konkursie ofert, Regulaminem przeprowadzania Konkursu ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....
miejsce i data

.....
podpis Oferenta,
bądź osoby upoważnionej

Dane jednostki wystawiającej zaświadczenie

**Zaświadczenie o posiadanym doświadczeniu w pracy w zespołach ratownictwa
medycznego, lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych
oddziałach ratunkowych wyrażone
w przepracowanej liczbie godzin**

"Pani/Pan przepracował w zespołach
ratownictwa medycznego/lotniczych zespołach ratownictwa medycznego/szpitalnym
oddziale ratunkowym:

1. godzin w ciągu ostatnich 5 lat **lub** minimum 5000 godzin w ciągu ostatnich 5 lat*
2. godzin w ciągu ostatnich 6 miesięcy **lub** wykonywał pracę w ciągu każdego z ostatnich 6 miesięcy*

.....
miejsce i data

.....
podpis osoby zaświadczałej

*Uzupełnić liczbę godzin **lub** podkreślić właściwe

OŚWIADCZENIE OFERENTA

.....
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.....
Adres podmiotu, telefon, e-mail

.....
Rodzaj rejestru, NIP, REGON,

Oświadczam, że:

1. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia (w przypadku podmiotu leczniczego: oświadczam, że ratownicy medyczni, ratownicy medyczni -kierowcy, pielęgniarki/pielęgniarze, systemu, pielęgniarki/pielęgniarze systemu-kierowcy, z którymi na dzieńr. zawrę umowy posiadają odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń objętych przedmiotem zamówienia).
2. Samodzielnie dokonuję wszelkich rozliczeń z Urzędem Skarbowym.
3. Zapoznałem się z Regulaminem Konkursu i przyjmuję jego treść bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zapoznałem się z warunkami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
6. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Organizatora Konkursu.

.....
miejscowość i data

.....
podpis Oferenta,
bądź osoby upoważnionej

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z zapisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016r. 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 ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) – dalej RODO informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Powiatowy w Chrzanowie, ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów, adres e-mail: sekretariat@szpital-chrzanow.pl, tel.: 32 6247029. W Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie wyznaczono Inspektora Ochrony Danych, z którym możecie się Państwo kontaktować, we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych, pod adresem e-mail: iod@szpital-chrzanow.pl lub przesyłając korespondencję na adres siedziby Administratora.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu związanym z postępowaniem konkursowym na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO, zgodnie z Regulaminem Konkursu Ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych. W przypadku wyboru oferty i zawarcia umowy, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO, w celach związanych z zawarciem i realizacją umowy oraz realizacją związanych z tym obowiązków prawnych ciążących na Administratorze.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty uprawnione do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa, dostawcy systemów informatycznych i usług IT, operatorzy pocztowi i kurierzy, banki w zakresie realizacji płatności, podmioty świadczące na rzecz Administratora usługi niezbędne do wykonania zobowiązań nałożonych na niego przez przepisy prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres wynikający z przepisów prawa, a w przypadku zawarcia umowy przez okres niezbędny do wykonania umowy, a po tym czasie przez okres i w zakresie wymaganym przez przepisy prawa powszechnie obowiązującego, a także przez okres i w zakresie niezbędnym dla zabezpieczenia i dochodzenia ewentualnych roszczeń lub obrony przed takimi roszczeniami.

5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, żądania zaprzestania przetwarzania i prawo do przenoszenia danych, o ile będą miały zastosowanie. Z praw powyższych może Pani/ Pan skorzystać składając odpowiedni wniosek: mailowo lub listownie do Inspektora Ochrony Danych na adres: e – mail: iod@szpital-chrzanow.pl lub adres korespondencyjny: Inspektor Ochrony Danych Szpitala Powiatowego w Chrzanowie, ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów lub osobiście w siedzibie Szpitala Powiatowego w Chrzanowie.
6. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne realizacji celów określonych w pkt. 3.
8. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą podlegały profilowaniu.

.....
miejscowość i data

.....
podpis Oferenta,
bądź osoby upoważnionej