

.....  
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) jako: (zaznaczyć **jedno** pole znakiem „X”)

|                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Osoba z doświadczeniem w pracy w zespołach ratownictwa medycznego, lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych powyżej 5000 h w ciągu ostatnich 5 lat oraz uprawnieniem do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych                   |  |
| Osoba z doświadczeniem w pracy w zespołach ratownictwa medycznego, lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych powyżej 5000 h w ciągu ostatnich 5 lat bez posiadania uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych          |  |
| Osoba posiadająca uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych bez posiadania doświadczenia w pracy w zespołach ratownictwa medycznego, lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych powyżej 5000 h w ciągu ostatnich 5 lat |  |
| Osoba bez doświadczeniem w pracy w zespołach ratownictwa medycznego, lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych powyżej 5000 h w ciągu ostatnich 5 lat oraz bez posiadania uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych   |  |

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 współczynnik korygujący kosztów świadczeń Ratowników Medycznych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia).
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. – <b>ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY</b>                                                        |                                                  |
| 2.  | Dyplom potwierdzający posiadanie kwalifikacji. – <b>ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY DLA RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH – wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem”</b>                                                                                                                                                                                                       |                                                  |
|     | W przypadku pielęgniarek/pielęgniarzy – <b>ZAŁĄCZNIKI OBOWIĄZKOWE DLA PIEŁĘGNIAREK/PIEŁĘGNIARZY – wymagane kserokopie opisane klauzulą „za zgodność z oryginałem”</b>                                                                                                                                                                                                           |                                                  |
| a   | prawo wykonywania zawodu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                  |
| b   | dyplom posiadanej specjalizacji (jeżeli Oferent ją posiada)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                  |
| c   | zaświadczenie o rozpoczęciu specjalizacji (jeżeli Oferent ją odbywa)                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                  |
| d   | zaświadczenie o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego (jeżeli Oferent go ukończył) wraz z zaświadczeniem o posiadanym stażu zgodnie z zapisami art. 3 pkt. 6 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym                                                                                                                                                                             |                                                  |
| 3.  | Aktualne badania lekarskie na stanowisko ratownika medycznego/pielęgniarki systemu – <b>ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY – wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem”</b>                                                                                                                                                                                             |                                                  |
| 4.  | Aktualna polisa OC i NNW – <b>ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                  |
| 5.  | Pozwolenie na kierowanie pojazdami uprzywilejowanymi, wydane przez właściwy organ (dotyczy ratownika medycznego - kierowcy, pielęgniarzki/pielęgniarza systemu – kierowcy). – <b>ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY DLA KIEROWCÓW – wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem”</b>                                                                                      |                                                  |
| 6.  | 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 4 lat i w ciągu ostatnich 5 lat – <b>ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY DLA OFERENTÓW POSIADAJĄCYCH DOŚWIADCZENIE POWYŻEJ 5000 H W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT</b> |                                                  |
| 7.  | Kserokopie ważnych dokumentów świadectw wymienionych poniżej – <b>ZAŁĄCZNIKI NIEOBOWIĄZKOWE – wymagane kserokopie opisane klauzulą „za zgodność z oryginałem”</b>                                                                                                                                                                                                               |                                                  |
| a   | Certyfikat ERC ALS lub równoważny                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                  |
| b   | Certyfikat ERC EPALS lub równoważny                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                  |
| c   | Certyfikat ERC NLS lub równoważny                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                  |
| d   | Certyfikat ERC ETC/ITLS lub równoważny                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                  |
| e   | Certyfikat stosowania ultrasonografii w ZRM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                  |
| 8.  | 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 miesiącach lub zaświadczenie o przepracowaniu min. 500 h w ostatnich 6 miesiącach <b>ZAŁĄCZNIK NIEOBOWIĄZKOWY</b> |  |
| <b>9.</b> | Oświadczenie Oferenta - <b>ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY</b>                                                                                                         |  |

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

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| 24-48 godzin miesięcznie       |  |
| 49-96 godzin miesięcznie       |  |
| 97-184 godzin miesięcznie      |  |
| powyżej 185 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

**CZĘŚĆ 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 współczynnik korygujący kosztów świadczeń Ratowników Medycznych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia).**
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. – <b>ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY</b> |                                                  |
| 2.  | Oświadczenie Oferenta – <b>ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                  |
| 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<br>.....<br>(imię i nazwisko)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Należy<br>zaznaczyć<br>znakiem „X”<br>dołączone<br>dokumenty |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 2.  | Dyplom potwierdzający posiadanie kwalifikacji. – <b>ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY DLA RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH – wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem”</b>                                                                                                                                                                                                  |                                                              |
|     | W przypadku pielęgniarek/pielęgniarzy – <b>ZAŁĄCZNIKI OBOWIĄZKOWE DLA PIELEŃGNIAREK/PIELEŃGNIARZY – wymagane kserokopie opisane klauzulą „za zgodność z oryginałem”</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                              |
| a   | prawo wykonywania zawodu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                              |
| b   | dyplom posiadanej specjalizacji (jeżeli Oferent ją posiada)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |
| c   | zaświadczenie o rozpoczęciu specjalizacji (jeżeli Oferent ją odbywa)                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                              |
| d   | zaświadczenie o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego (jeżeli Oferent go ukończył) wraz z zaświadczeniem o posiadanym stażu zgodnie z zapisami art. 3 pkt. 6 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym                                                                                                                                                                        |                                                              |
| 3.  | Aktualne badania lekarskie na stanowisko ratownika medycznego/pielęgniarki systemu – <b>ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY – wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem”</b>                                                                                                                                                                                        |                                                              |
| 4.  | Aktualna polisa OC i NNW – <b>ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                              |
| 5.  | Pozwolenie na kierowanie pojazdami uprzywilejowanymi, wydane przez właściwy organ (dotyczy ratownika medycznego – kierowcy, pielęgniarki/pielęgniacza systemu – kierowcy). – <b>ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY DLA KIEROWCÓW – wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem”</b>                                                                                  |                                                              |
| 6.  | 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 4 lat i w ciągu ostatnich 5 lat – <b>ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY</b>                                                                             |                                                              |
| 7.  | Kserokopie ważnych dokumentów świadectw wymienionych poniżej – <b>ZAŁĄCZNIKI NIEOBOWIĄZKOWE – wymagane kserokopie opisane klauzulą „za zgodność z oryginałem”</b>                                                                                                                                                                                                          |                                                              |
| a   | Certyfikat ERC ALS lub równoważny                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |
| b   | Certyfikat ERC EPALS lub równoważny                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                              |
| c   | Certyfikat ERC NLS lub równoważny                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |
| d   | Certyfikat ERC ETC/ITLS lub równoważny                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                              |
| e   | Certyfikat stosowania ultrasonografii w ZRM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |
| 8.  | 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 <b>ZAŁĄCZNIK NIEOBOWIĄZKOWY</b> |                                                              |
| 9.  | Składam następującą deklarację dyspozycyjności, która w miarę potrzeb Udzielającego Zamówienie będzie egzekwowana. Deklaruję świadczenie liczby godzin pracy na                                                                                                                                                                                                            |                                                              |
| a   | 24-48 godzin miesięcznie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                              |
| b   | 49-96 godzin miesięcznie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                              |
| c   | 97-184 godzin miesięcznie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                              |
| d   | powyżej 185 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/minimum 5000 godzin w ciągu ostatnich 5 lat\*
2. .... godzin w ciągu ostatnich 4 lat/minimum 5000 godzin w ciągu ostatnich 4 lat\*
3. .... godzin w ciągu ostatnich 6 miesięcy/wykonywał pracę w ciągu każdego z ostatnich 6 miesięcy\*

.....  
miejsce i data

.....  
podpis osoby zaświadczonej

\*Uzupełnić liczbę godzin lub podkreślić właściwe