

**„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
w Wojewódzkim Pogotowiu Ratunkowym w Katowicach  
przez  
ratownika medycznego/pielęgniarkę/pielęgniarszą systemu  
ratownika medycznego/pielęgniarkę/pielęgniarszą systemu – kierownika zespołu  
ratownika medycznego/pielęgniarkę/pielęgniarszą systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdu  
uprzywilejowanego**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**1. Dane oferenta**

|  |      |   |
|--|------|---|
| Nazwa działalności gospodarczej (w brzmieniu podanym w CEIDG): |      |   |
| Imię:  |      | Nazwisko:   |
| PESEL:   | NIP: | REGON:  |
| Imiona rodziców:   |      |   |
| Data i miejsce urodzenia                                       |      |   |
| Adres działalności gospodarczej:                               |      |   |
| Adres (do korespondencji) lub j.w.:                            |      |   |
| E-mail:  |      |   |
| Telefon:   |      | Numer Prawa Wykonywania Zawodu:<br>(dotyczy pielęgniarek) |

**2. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych jako (zaznaczyć krzyżykiem)**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | ratownik medyczny/pielęgniarka/pielęgniarszy systemu  |
| <input type="checkbox"/> | ratownik medyczny/pielęgniarka/pielęgniarszy systemu – kierownik zespołu                                      |
| <input type="checkbox"/> | ratownik medyczny/pielęgniarka/pielęgniarszy systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego |

**3. Wymagania – potwierdzone dokumentami, które oferent uwierzytelnia za zgodność z oryginałem:**

|   |              |
|---|--------------|
| Odpis z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej | Strona ..... |
| Wydruk Księgi Rejestrowej   | Strona ..... |
| Badanie potwierdzające zdolność do wykonywania przedmiotu umowy                               | Strona ..... |
| PWZ   | Strona ..... |
| Kserokopia polisy ubezpieczeniowej  | Strona ..... |

**4. Wymagania dla ratownika medycznego/pielęgniarki systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego** - potwierdzone dokumentami, które oferent uwierzytelnia za zgodność z oryginałem:

|   |              |
|---|--------------|
| Prawo jazdy kategorii <b>B lub C</b>                  | Strona ..... |
| Uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych | Strona ..... |

**5. Kwalifikacje zawodowe** - Wykształcenie - potwierdzone dokumentami, które oferent uwierzytelnia za zgodność z oryginałem:

|  |              |
|--|--------------|
| Wyższe magisterskie w dziedzinie ochrony zdrowia | Strona ..... |
| Wyższe, licencjat kierunkowy                     | Strona ..... |
| Policealna szkoła medyczna                       | Strona ..... |

**6. Doświadczenie zawodowe** - potwierdzone dokumentami:

| <i>Ratownik medyczny</i>   |              | <i>Pielęgniarka systemu</i>  |              |
|--|--------------|--|--------------|
| Doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym pogotowiu ratunkowym lub w szpitalnym oddziale ratunkowym powyżej 5 lat | Strona ..... | Doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym pogotowiu ratunkowym lub w szpitalnym oddziale ratunkowym powyżej 5 lat | Strona ..... |
| KDZ  | Strona ..... | Co najmniej 3-letni staż pracy zgodnie z definicją pielęgniarki systemu  | Strona ..... |
| KDZ  | Strona ..... | Specjalizacja/kurs   | Strona ..... |

**7. Cena świadczenia zdrowotnego** : Cena 1 godziny:

|  |       |
|--|-------|
| za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych Zespół Ratownictwa Medycznego                              | ..... |
| za 1 godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w Dział Transportu Sanitarnego | ..... |
| za 1 godzinę zrealizowanego wyjazdu w Dział Transportu Sanitarnego                                       | ..... |

**8. Oświadczenia dotyczące ilości godzin:**

|  |       |
|--|-------|
| Niniejszym oświadczam, że w przypadku nawiązania współpracy jestem gotowy na udzielania świadczeń zdrowotnych w następującej minimalnej ilości godzin w wymiarze miesięcznym ZRM : | ..... |
| Niniejszym oświadczam, że w przypadku nawiązania współpracy jestem gotowy na udzielania świadczeń zdrowotnych w następującej minimalnej ilości godzin w wymiarze miesięcznym DTS : | ..... |

**9. Preferowane miejsce świadczenia usług zdrowotnych** \* miejsce i czas udzielania świadczeń zdrowotnych wynikać będzie z potrzeb i ustaleń dokonanych przez strony z uwzględnieniem obszaru działania WPR w Katowicach

|                              |  |
|------------------------------|--|
| ZACHODNI REJON OPERACYJNY    |  |
| CENTRALNY REJON OPERACYJNY   |  |
| DZIAŁ TRANSPORTU SANITARNEGO |  |

## 10. OŚWIADCZENIE:

### WARUNKI:

1. Zapoznałam(em) się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
2. Zapoznałam(em) się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu oraz Regulaminem postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Pogotowiu Ratunkowym w Katowicach.
3. Zapoznałem się z rodzajem zamawianych świadczeń zdrowotnych.
4. Posiadam wiedzę, umiejętności i uprawnienia do realizacji zamówienia oraz udzielam świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, zasadami etyki zawodowej, w sposób rzetelny oraz z należytą starannością.
5. Spełniam wymagania zdrowotne określone w obowiązujących przepisach.
6. Samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym oraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

### UMOWA:

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z projektem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i akceptuję jej postanowienia, oraz zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienia.

### INNE:

1. Zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy, zaświadczenia o pozyskaniu informacji o szkodliwościach, uciążliwościach i zagrożeniach przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych występujących u Udzielającego Zamówienie.
2. Zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy, zaświadczenia potwierdzającego szkolenie instruktażowe z zakresu prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego.

Załącznikami do oferty są:

- CV;
- Aktualny odpis z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej lub oświadczenie;
- Aktualne orzeczenie lekarskie potwierdzające zdolność do wykonywania przedmiotu umowy;
- Kopia prawa jazdy;
- Kopia zezwolenia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych;
- Oświadczenie potwierdzające posiadanie 5000 h;
- Kopia aktualnej Karty Doskonalenia Zawodowego\* dotyczy wyłącznie ratowników medycznych;
- Kopia dyplomu potwierdzająca kwalifikacje/zaświadczenie o stanie odbytych studiów;
- PWZ\* dotyczy wyłącznie pielęgniarek
- Księga Rejestrowa\* dotyczy wyłącznie pielęgniarek
- Kopia polisy OC lub oświadczenie.

Inne dokumenty (nie wymienione w ofercie)

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH DLA OFERENTÓW BIORĄCYCH UDZIAŁ W POSTĘPOWANIU KONKURSOWYM**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 7 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych podanych w formularzu oferty jest Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach, z siedzibą w Katowicach, ul. Powstańców 52, 40-024 Katowice, tel. 32 609 31 40, fax: 32 609 31 54, [wpr@wpr.pl](mailto:wpr@wpr.pl).
2. W Wojewódzkim Pogotowiu Ratunkowym w Katowicach został powołany Inspektor Ochrony Danych Osobowych, z którym w sprawach związanych z ochroną danych osobowych można skontaktować się pod nr tel.: 32 609 31 26, e-mail: [iod@wpr.pl](mailto:iod@wpr.pl).
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie:
  - art. 6 ust. 1 lit. b) RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do zawarcia umowy,
  - art. 6 ust. 1 lit. c) RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w związku z udzieleniem zamówienia w trybie art. 26 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
4. Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą udostępniane na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa upoważnionym podmiotom. Informacje o wybranych oferentach będą publikowane na stronie internetowej Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Katowicach.
5. Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. W przypadku gdy Pani/Pana oferta nie zostanie wybrana, Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach przez 30 dni od dnia zakończenia postępowania konkursowego.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo ich sprostowania oraz prawo do ograniczenia przetwarzania. W celu skorzystania z praw, o których mowa należy skontaktować się z administratorem lub inspektorem ochrony danych, korzystając ze wskazanych wyżej danych kontaktowych.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obligatoryjne. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożność udziału w postępowaniu konkursowym.
9. Gdy uzna Pan/Pani, iż WPR w Katowicach, jako administrator danych, przetwarza je w sposób naruszający przepisy RODO ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że

- POSIADAM  
 NIE POSIADAM

Doświadczenie/a w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w:

|                                | <i>Nazwa</i> | <i>Okres od - do</i> |
|--------------------------------|--------------|----------------------|
| zespole ratownictwa medycznego |              |                      |
| zespole ratownictwa medycznego |              |                      |
| zespole ratownictwa medycznego |              |                      |
| zespole ratownictwa medycznego |              |                      |
| szpitalnym oddziale ratunkowym |              |                      |
| szpitalnym oddziale ratunkowym |              |                      |

w wymiarze co najmniej 5000 godzin w okresie ostatnich 5 lat.

-----  
Miejscowość i data

-----  
Czytelny podpis Oferenta