



**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez:**

- Ratowników po kursie KPP z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych
- Ratowników po kursie KPP

**W ZESPOŁACH TRANSPORTU SANITARNEGO ORAZ PRZY ZABEZPIECZENIACH MEDYCZNYCH**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**1. Dane oferenta**

Nazwa działalności gospodarczej (w brzmieniu podanym w CEIDG):		
Imię:		Nazwisko:
PESEL:	NIP:	REGON:
Data i miejsce urodzenia		
Adres działalności gospodarczej:		
Adres (do korespondencji) lub j.w.:		
E-mail:		
Telefon:		

**2. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych jako:**

- ratownik po Kursie Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy
- ratownik po Kursie Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych

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

Wpis z CEIDG (wydruk)	Strona .....
Badanie potwierdzające zdolność do wykonywania przedmiotu umowy	Strona .....
Kserokopia polisy ubezpieczeniowej/ Podpisane oświadczenie o ubezpieczeniu	Strona .....
Zaświadczenie o niekaralności	Strona .....
CV	Strona .....

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

Kurs Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy	Strona .....
Prawo jazdy kategorii B lub C	Strona .....
Uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych	Strona .....

**5. Doświadczenie zawodowe.**

Zaświadczenie potwierdzające min 3 letnie doświadczenie zawodowe w jednostkach współpracujących w Systemie PRM	Strona .....
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------

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

z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych jako ratownik KPP/ratownik KPP z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych w wysokości ..... za 1 godzinę zarówno we wszystkie dni tygodnia, we wszystkie dni w roku,
z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w zespole TL – transportu lekarskiego i zespołu transportu międzyszpitalnego jako ratownik KPP/ratownik KPP z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych w wysokości ..... za 1 godzinę zarówno w dni robocze, niedziele, święta, inne dni wolne od pracy i porę nocną
z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych jako ratownik KPP/ratownik KPP w trakcie zabezpieczeń medycznych w wysokości ..... zł za godzinę zarówno w dni robocze, niedziele, święta i inne dni wolne od pracy i porę nocną

**7. Oświadczenia dotyczące ilości godzin:**

Niniejszym oświadczam, że w przypadku nawiązania współpracy jestem gotowy na udzielania świadczeń w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy w następującej minimalnej ilości godzin w wymiarze miesięcznym:	.....
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------

**8. Miejsce świadczenia usług zdrowotnych**

**DZIAŁ TRANSPORTU SANITARNEGO**

**9. OŚWIADCZENIE:**

**WARUNKI:**

1. Zapoznałam(em) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.
2. Zapoznałam(em) się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu oraz Regulaminem postępowań konkursowych w Wojewódzkim Pogotowiu Ratunkowym w Katowicach.
3. Zapoznałem się z rodzajem zamawianych świadczeń.
4. Posiadam wiedzę, umiejętności i uprawnienia do realizacji zamówienia oraz udzielania świadczeń w zakresie

kwalifikowanej pierwszej pomocy 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 na realizację przez ratownika po kursie KPP zadań poza Systemem Ratownictwa Medycznego, w tym usług transportu sanitarnego i akceptuję jej postanowienia, oraz zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienia.

**INNE:**

.....  
.....  
.....  
.....

Załącznikami do oferty są:

- CV; - Aktualny wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej; - Aktualne orzeczenie lekarskie potwierdzające zdolność do wykonywania przedmiotu umowy; - Zaświadczenie potwierdzające min 3 letnie doświadczenie zawodowe w jednostkach współpracujących w Systemem PRM; - Kopia prawa jazdy; - Kopia zezwolenia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych;	Dotyczy: wszystkich oferentów. Brak dokumentów lub oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym spowoduje odrzucenie oferty
- Kopia aktualnego zaświadczenia o ukończonym Kursie KPP	
- Kopia polisy OC lub oświadczenie o jej dostarczeniu	Dotyczy: wszystkich oferentów. Oferta zostanie odrzucona, jeśli brak będzie polisy lub oświadczenia o jej dostarczeniu w terminie późniejszym

Inne dokumenty (nie wymienione w ofercie)

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....



## Klauzula RODO

### 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.

.....  
data i miejscowość

.....  
podpis oferent



Dział Zarządzania Flotą  
Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Katowicach  
41-800 Zabrze, ul. Roosevelta 123  
tel. 032 4287386

Katowice, dnia .....

### Zaświadczenie

W dniu ..... z Panem/Panią ..... została przeprowadzona rozmowa instruktażowa z zakresu prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego.

.....  
podpis Kierownika  
Działu Zarządzania Flotą



**OŚWIADCZENIE**

o pozyskaniu informacji o szkodliwościach, uciążliwościach i zagrożeniach przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych występujących u Udzielającego Zamówienie.

.....

data i miejscowość

.....

podpis oferent