



FORMULARZ OFERTOWY

1. Dane oferenta

Nazwa oferenta (w brzmieniu podanym w CEIDG)		
Kod pocztowy i miejscowość	Pełen adres pod jakim prowadzona jest działalność	
Nr PESEL	Nr NIP	Nr REGON
Nr telefonu kontaktowego		Adres email oferenta
Data urodzenia	Miejsce urodzenia	
Wykształcenie <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe I stopnia (licencjat) <input type="checkbox"/> wyższe II stopnia (magister)	Staż pracy w ZRM jako ratownik lub pielęgniarz/pielęgniarka: <input type="checkbox"/> 0-5 lat <input type="checkbox"/> 5-10 lat <input type="checkbox"/> powyżej 10 lat	

2. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych jako

	Minimalna miesięczna deklarowana liczba godzin (podać odrębnie dla każdego stanowiska) (łącznie liczba godzin dla wszystkich stanowisk musi wynosić minimum 60 godzin)	Deklarowana stawka za godzinę udzielania świadczeń
Stanowisko (proszę zaznaczyć znakiem X)		
Postaw krzyżyk jeśli wybrałeś	Ratownik medyczny/pielęgniarka systemu – kierownik zespołu ratownictwa medycznegozł/godz.



Postaw krzyżyk jeśli wybrałeś	Ratownik medyczny/pielęgniarka systemu – kierowca zespołu ratownictwa medycznego	zł/godz.
Postaw krzyżyk jeśli wybrałeś	Ratownik medyczny/pielęgniarka systemu – członek zespołu ratownictwa medycznego	zł/godz.

łącna miesięczna deklarowana liczba godzin wynosi

3. Oświadczam, że do niniejszej oferty załączam (zaznaczyć krzyżykiem):

<input type="checkbox"/> Curriculum Vitae <input type="checkbox"/> Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej <input type="checkbox"/> PWZ <input type="checkbox"/> Wydruk Księgi Rejestrowej <input type="checkbox"/> Orzeczenie lekarskie* <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o niekaralności <input type="checkbox"/> Kopię dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe <input type="checkbox"/> Kopię prawa jazdy <input type="checkbox"/> Kopię zezwolenia na prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych	UWAGA: Brak dokumentów spowoduje odrzucenie oferty.
<input type="checkbox"/> Kopia polisy ubezpieczeniowej OC w sprawie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą <u>lub</u> oświadczenie jej dostarczeniu <input type="checkbox"/> Kopia polisy ubezpieczeniowej obejmującej swoim zakresem szkody na mieniu Udzielającego zamówienie powstałe w związku z wykonywaniem przez Przyjmującego zamówienie czynności zawodowych oraz posiadaniem i użytkowaniem mienia Udzielającego Zamówienie <u>lub</u> oświadczenie jej dostarczeniu	
<input type="checkbox"/> Kopię <u>aktualnej</u> Karty Doskonalenia Zawodowego Ratownika Medycznego oraz Karty Doskonalenia Zawodowego (2018-2022)* jeśli dotyczy	UWAGA: Brak (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym, nie dotyczy Oferentów, którzy nie byli zobowiązani do rozpoczęcia okresu edukacyjnego na podstawie § 3 pkt. 2 rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 13 grudnia 2019 roku w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych) spowoduje odrzucenie oferty.



<input type="checkbox"/> Zobowiązanie do dostarczenia Karty Doskonalenia Zawodowego Ratownika Medycznego* dotyczy Oferentów, którzy rozpoczynają okres edukacyjny od 2024 r.	UWAGA: dotyczy Oferentów, którzy uzyskali uprawnienia zawodowe w roku prowadzenia postępowania konkursowego (Załącznik nr 8 do SWKO)
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że w dniu podpisania umowy nie będę związany inną formą zatrudnienia z Udzielającym Zamówienia, w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych. <input type="checkbox"/> Oświadczam, że w dniu podpisania umowy będę posiadał ważny Certyfikat e ZLA (ZUS) w celu podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej na potrzeby integracji systemu SWD PRM z systemem P1 (SIM)	Uwaga: warunek konieczny do spełnienia.

Preferowane miejsce świadczenia usług zdrowotnych

- ZACHODNI REJON OPERACYJNY
 CENTRALNY REJON OPERACYJNY

OŚWIADCZENIA:

WARUNKI:

1. Zapoznałam(em) się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
2. Zapoznałam(em) się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz Regulaminem postępowania 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, oświadczenia 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. * jeśli dotyczy

Będąc świadomym konsekwencji wynikających z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane w części 1 dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym.

.....

data i miejscowość

.....

podpis oferenta



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,
2. 40-024 Katowice, tel. 32 609 31 40, fax: 32 609 31 54, wpr@wpr.pl.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. 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.
8. 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.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożność udziału w postępowaniu konkursowym.
10. 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.
11. 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