

**„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
w Wojewódzkim Pogotowiu Ratunkowym w Katowicach  
przez  
ratownika medycznego/pielęgniarkę/pielęgniara systemu  
ratownika medycznego/pielęgniarkę/pielęgniara systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdu  
uprzywilejowanego w zespołach transportu medycznego i 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:	Numer Prawa Wykonywania Zawodu: (dotyczy pielęgniarek)	

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

<input type="checkbox"/>	ratownik medyczny/pielęgniarka/pielęgniara systemu w zespołach transportu medycznego i sanitarnego oraz przy zabezpieczeniach medycznych
<input type="checkbox"/>	ratownik medyczny/pielęgniarka/pielęgniara systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego systemu w zespołach transportu medycznego i sanitarnego oraz przy zabezpieczeniach medycznych

**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 .....
Prawo wykonywania zawodu	Strona .....
Kserokopia polisy ubezpieczeniowej	Strona .....
Zaświadczenie o niekaralności	Strona .....
CV	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 przez ratowników medycznych/pielęgniarki systemu w zespołach transportu medycznego i sanitarnego oraz przy zabezpieczeniach medycznych nieprzerwanie w okresie 3 lat	Strona .....	Doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych/pielęgniarki systemu w zespołach transportu medycznego i sanitarnego oraz przy zabezpieczeniach medycznych nieprzerwanie w okresie 3 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 pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w Dział Transportu Sanitarnego .....	.....
za 1 godzinę zrealizowanego wyjazdu w Dział Transportu Sanitarnego .....	.....
za 1 godzinę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w trakcie Zabezpieczeń Medycznych .....	.....

**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 w Zespołach Transportu Medycznego i Sanitarnego oraz przy Zabezpieczeniach Medycznych :	.....
--	-------

**9. Miejsce świadczenia usług zdrowotnych**

**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;
- Zaświadczenie o niekaralności;
- 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;
- Dokumenty potwierdzające posiadające doświadczenie (zaświadczenie lub świadectwa pracy)
- Kopia dyplomu potwierdzająca kwalifikacje;
- Karta Doskonalenia Zawodowego;
- PWZ\* dotyczy wyłącznie pielęgniarek
- Księga Rejestrowa \*dotyczy wyłącznie pielęgniarek
- Kopia polisy OC lub oświadczenie.

Inne dokumenty (nie wymienione w ofercie)

1. ....
2. ....
3. ....

#### 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 Pani/Pan, 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.

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*

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

Katowice, dnia .....

**OŚWIADCZENIE**

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

.....

data i miejscowość

.....

podpis oferent