

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez:

- dyspozytora transportu medycznego

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 (zaznaczyć krzyżykiem)

☐	pielęgniarka/położna lub ratownik medyczny
☐	ratownik po Kursie Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy

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

Odpis z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej	Strona
Badanie potwierdzające zdolność do wykonywania przedmiotu umowy	Strona
Wydruk księgi rejestrowej (jeśli dotyczy)	Strona
Kserokopia polisy ubezpieczeniowej	Strona
Zaświadczenie o niekaralności	Strona
CV	Strona

4. 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
Kurs Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy	Strona
Prawo wykonywania zawodu (jeśli dotyczy)	Strona
Specjalizacja (jeśli dotyczy)	Strona

5. Doświadczenie zawodowe - potwierdzone dokumentami:

Doświadczenie zawodowe w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej jako dyspozytor transportu medycznego	Strona
---	--------------

6. Cena świadczenia zdrowotnego : Cena 1 godziny:

za 1 godzinę dla pielęgniarki/położnej lub ratownika medycznego	
za 1 godzinę dla ratownika po Kursie Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy	

7. 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 :	
--	-------

8. Miejsce świadczenia usług zdrowotnych

DZIAŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO

9. 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. Zapoznałam 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.
7. Oświadczenie, że złożone kserokopie dokumentów są zgodne z ich oryginałami.

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:

.....

.....

.....

.....

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.
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.
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.

Dział BPH i Ochrony Przeciwpożarowej
Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Katowicach
40-024 Katowice, ul. Powstańców 52
tel. 032 60 93 161

Zaświadczenie

W dniu z Panem/Panią zostało przeprowadzone szkolenie o szkodliwościach, uciążliwościach i zagrożeniach przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych występujących u Udzielającego Zamówienie.

.....

data i miejscowość

.....

podpis pracownika
Działu BHP i Ochrony Przeciwpożarowej