

**„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: (dotyczy pielęgniarek)	

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

<input type="checkbox"/>	ratownik medyczny/pielęgniarka/pielęgniarszą systemu
<input type="checkbox"/>	ratownik medyczny/pielęgniarka/pielęgniarszą systemu – kierownik zespołu
<input type="checkbox"/>	ratownik medyczny/pielęgniarka/pielęgniarszą 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/ Podpisane oświadczenie o ubezpieczeniu	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>	
Art. 36 ust. 5 ustawy o PRM (oświadczenie Oferenta)	Strona .....	Art. 36 ust. 5 ustawy o PRM (oświadczenie Oferenta)	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 udzielania świadczeń zdrowotnych 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 TS :	.....

**9. Miejsce świadczenia usług zdrowotnych**

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:

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

Załącznikami do oferty są:

- CV; - Aktualny odpis z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej; - 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	Dotyczy: wszystkich oferentów. Brak dokumentów lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym spowoduje odrzucenie oferty
- Kopia dyplomu potwierdzająca kwalifikacje/zaświadczenie o stanie odbytych studiów - PWZ* dotyczy wyłącznie pielęgniarek - Księga Rejestrowa *dotyczy wyłącznie pielęgniarek	Dotyczy: oferentów po raz pierwszy ubiegających się o współpracę z WPR w Katowicach
- 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. ....

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.

Załącznik nr 1 do oferty

## Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 36 ust. 5 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2021, poz. 2053)

  

POSIADAM

NIE POSIADAM

Doświadczenie/a w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym, w wymiarze co najmniej 5000 godzin w okresie ostatnich 5 lat.

-----  
Miejscowość i data

-----  
Czytelny podpis Oferenta