

**„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w Wojewódzkim Pogotowiu Ratunkowym w Katowicach
przez
ratownika medycznego/pielęgniarkę/pielęgniara systemu
ratownika medycznego/pielęgniarkę/pielęgniara systemu – kierownika zespołu
ratownika medycznego/pielęgniarkę/pielęgniara 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)

☐	ratownik medyczny/pielęgniarka/pielęgniarz systemu
☐	ratownik medyczny/pielęgniarka/pielęgniarz systemu – kierownik zespołu
☐	ratownik medyczny/pielęgniarka/pielęgniarz 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	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 lub C	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 w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym pogotowiu ratunkowym lub w szpitalnym oddziale ratunkowym powyżej 5 lat	Strona	Doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym pogotowiu ratunkowym lub w szpitalnym oddziale ratunkowym powyżej 5 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 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 DTS :	

9. Preferowane miejsce świadczenia usług zdrowotnych * miejsce i czas udzielania świadczeń zdrowotnych wynikać będzie z potrzeb i ustaleń dokonanych przez strony z uwzględnieniem obszaru działania WPR w Katowicach

ZACHODNI REJON OPERACYJNY	
CENTRALNY REJON OPERACYJNY	

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;
- 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;
- Oświadczenie potwierdzające posiadanie 5000 h;
- Kopia aktualnej Karty Doskonalenia Zawodowego * dotyczy wyłącznie ratowników medycznych;
- Kopia dyplomu potwierdzająca kwalifikacje/zaświadczenie o stanie odbytych studiów;
- PWZ * dotyczy wyłącznie pielęgniarek
- Księga Rejestrowa * dotyczy wyłącznie pielęgniarek
- Kopia polisy OC lub oświadczenie.

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.
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.

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że

☐ POSIADAM
☐ NIE POSIADAM

Doświadczenie/a w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w:

	<i>Nazwa</i>	<i>Okres od - do</i>
zespole ratownictwa medycznego		
zespole ratownictwa medycznego		
zespole ratownictwa medycznego		
zespole ratownictwa medycznego		
szpitalnym oddziale ratunkowym		
szpitalnym oddziale ratunkowym		

w wymiarze co najmniej 5000 godzin w okresie ostatnich 5 lat.

Miejscowość i data

Czytelny podpis Oferenta