

Załącznik nr 1 do SWKO

FORMULARZ OFERTOWY

1. DANE OFERENTA

NAZWA OFERENTA (W BRZMIENIU PODANYM W CEIDG)		
KOD POCZTOWY I MIEJSCOWOŚĆ	PEŁEN ADRES POD JAKIM PROWADZONA JEST DZIAŁALNOŚĆ	
PESEL	NIP	REGON
NR TELEFONU	ADRES E-MAIL OFERENTA	
WYKSZTAŁCENIE <input type="checkbox"/> POLICEALNE, ZAWODOWE <input type="checkbox"/> WYŻSZE I STOPNIA (licencjat) <input type="checkbox"/> WYŻSZE II STOPNIA (magister) <input type="checkbox"/> WYŻSZE III STOPNIA (doktor)	STAŻ PRACY W ZRM JAKO RATOWNIK LUB PIELĘGNIARKA/PIELĘGNIARZ <input type="checkbox"/> 0-5 LAT <input type="checkbox"/> 5-10 LAT <input type="checkbox"/> POWYŻEJ 10 LAT	NINIEJSZĄ OFERTĘ SKŁADAM JAKO OSOBA WYKONUJĄCA ZAWÓD (zaznaczyć tylko jeden) <input type="checkbox"/> RATOWNIK MED. <input type="checkbox"/> PIELĘGNIARKI/-ARZA SYSTEMU <input type="checkbox"/> RATOWNIK MED.-KIEROWCA
INFORMUJĘ, ŻE POSIADAM: <input type="checkbox"/> STAŻ PRACY UMOŻLIWIAJĄCY PEŁNIENIE FUNKCJI KIEROWNIKA PODSTAWOWEGO ZESPOŁU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO <input type="checkbox"/> UPRAWNIENIA DO PROWADZENIA POJAZDÓW UPRIWILEJOWANYCH UMOŻLIWIAJĄCYCH PEŁNIENIE FUNKCJI KIEROWCY ZRM		

2. OFERUJĘ UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH JAKO (ZAZNACZYĆ KRZYŻYKIEM)

<input type="checkbox"/>	RATOWNIK MEDYCZNY / PIELĘGNIARKA/ARZ SYSTEMU
<input type="checkbox"/>	RATOWNIK MEDYCZNY – KIEROWCA

3. PROPONUJĘ NASTĘPUJĄCĄ STAWKĘ:

a) w przypadku powierzenia funkcji kierownika podstawowego zespołu ratownictwa medycznego:

zł	za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako ratownik medyczny / pielęgniarka/-arz systemu w zespole ratownictwa medycznego
----	---

b) w przypadku powierzenia funkcji ratownika medycznego - kierowcy zespołu ratownictwa medycznego

zł	za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako ratownik medyczny / pielęgniarka/-arz systemu w zespole ratownictwa medycznego
----	---

c) w przypadku powierzenia funkcji członka zespołu ratownictwa medycznego:

zł	za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako ratownik medyczny / pielęgniarka/-arz systemu w zespole ratownictwa medycznego
----	---

4. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ILOŚCI GODZIN:

Niniejszym oświadczam, że w przypadku nawiązania współpracy jestem gotowy do udzielania świadczeń zdrowotnych w następującej ilości godzin w wymiarze miesięcznym:	
--	--

5. WYMAGANE DOKUMENTY:

<input type="checkbox"/> Curriculum Vitae <input type="checkbox"/> wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej <input type="checkbox"/> świadectwo o niekaralności lub podpisane oświadczenie –zał. nr 4 <input type="checkbox"/> orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych <input type="checkbox"/> kopię dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe <input type="checkbox"/> zaświadczenie potwierdzające przepracowanie 5000 godzin w ostatnich 5 latach w ZRM lub SOR <input type="checkbox"/> kopia polisy ubezpieczeniowej	UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów. Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) spowoduje odrzucenie oferty.
<input type="checkbox"/> kopia aktualnej Karty Doskonalenia Zawodowego Ratownika Med.	UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów.
<input type="checkbox"/> kopia prawa jazdy <input type="checkbox"/> kopia pozwolenia na prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych	UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów składających ofertę jako rat. med. – kierowca. Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) spowoduje odrzucenie oferty.
<input type="checkbox"/> kopia certyfikatu ALS.ACLS certyfikowanego przez ERC/AHA <input type="checkbox"/> kopia certyfikatu EPLS/PALS/NLS certyfikowanego przez ERC/AHA <input type="checkbox"/> kopia certyfikatu ITLS/ETC/PHTLS	UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów. Załączenie kopii certyfikatów wymienionych kursów nie jest obowiązkowe. Ich brak nie powoduje odrzucenia oferty. Prosimy nie załączać kopii certyfikatów szkoleń innych niż wymienione.

1. Będąc świadom konsekwencji wynikających z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane w części 1 dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenia w stanie faktycznym.
2. Oświadczam, że zapoznałam/-łem się z projektem umowy stanowiącym załącznik nr 2 do SWKO i akceptuję warunki w niej przedstawione.

.....
data i miejscowość

.....
podpis oferenta

Oświadczenie dotyczące stażu pracy

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 36 ust. 5 z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 882)

☐ **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.

.....
data i miejscowość

.....
podpis oferenta

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ W KONKURSIE OFERT

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. 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 Pana/i danych osobowych jest Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe z siedzibą w Pruszczu Gdańskim (83-000), ul. prof. M. Raciborskiego 2A, adres do korespondencji: 83-000 Pruszcz Gdański ul. prof. M. Raciborskiego 2A z dopiskiem IOD.
- 2) Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: iod@pogotowiepruszcz.pl
- 3) Celem przetwarzania Pana/i danych osobowych jest przeprowadzenie procesu konkursu ofert na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 711).
- 4) W przypadku pozytywnego przejścia procedury konkursu ofert Pana/i dane osobowe będą udostępnione podmiotowi działającemu na rzecz Administratora danych osobowych w zakresie działania systemu SWD PRM, w pozostałych przypadkach Pana/i dane osobowe nie będą udostępniane odbiorcom w rozumieniu art. 4 pkt 9 RODO.
- 5) Pana/i dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania procedury konkursu ofert a po jego zakończeniu zostaną usunięte zgodnie z art. 5 ust. 1 lit. e) RODO.
- 6) Ma Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania. Prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania przysługuje Panu/i w przypadku danych przetwarzanych bezpodstawnie.
- 7) Ma Pan/i prawo wniesienia skargi do polskiego organu nadzorczego lub organu nadzorczego innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, właściwego ze względu na miejsce Pan/i zwykłego pobytu.
- 8) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 711) oraz ustawy z dnia 8 września 2008 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 882).
- 9) Podanie danych osobowych jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku ich niepodania zawarcie umowy jest niemożliwe.
- 10) Pana/i dane nie będą podlegały profilowaniu w rozumieniu art. 22 RODO.

.....
data i miejscowość

.....
podpis oferenta