

OFERTA

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie medycznych czynności ratunkowych,
podejmowanych przez ratowników medycznych/ pielęgniarzy systemu z uprawnieniami do
prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych w Zespołach Ratownictwa Medycznego „P”
dla potrzeb Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Sp. z o.o.**

1. Dane Oferenta:

A. Podmiot leczniczy

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego

.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych nr KRS

NIP REGON

Pełnomocnik kontakt tel.

e-mail

Nr polisy ubezpieczeniowej

okres obowiązywania polisy

B. Oferta indywidualna – indywidualna działalność gospodarcza

Imię: Nazwisko:

PESEL Zawód

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej

NIP: Regon:

Pełna nazwa firmy, pod którą oferent prowadzi działalność gospodarczą:

.....

.....

Adres działalności gospodarczej:

Adres do korespondencji:

Telefon: e-mail:

Doświadczenie zawodowe na dzień złożenia oferty wynosi (zaznaczyć odpowiednie);

- a) 3-5 lat lub 5000 godzin.
- b) 6-10 lat
- c) pow. 10 lat.

Posiadam (odpowiednie zaznaczyć):

- a) wykształcenie średnie medyczne,
 wykształcenie wyższe medyczne (odpowiednie zaznaczyć): licencjat magister

b) kartę doskonalenia zawodowego:

data rozpoczęcia od i zakończenia do okresu szkoleniowego, liczba zdobytych punktów na dzień złożenia oferty

- c) Kurs kwalifikacyjny w zakresie
- Specjalizację w zakresie

d) prawo jazdy kategorii : „B”, od kiedy „C” od kiedy

e) ważne uprawnienia do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi, od kiedy
ważne do

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie medycznych czynności ratunkowych, podejmowanych przez ratowników medycznych/ pielęgniarzy systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych w Zespołach Ratownictwa Medycznego „P” dla potrzeb Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Sp. z o.o. , zgodnie z wzorem umowy stanowiącym załącznik nr 2 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

Oferent oświadcza, że:

- 1) Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz wzorem umowy i nie zgłasza w tym zakresie zastrzeżeń.
- 2) Zapoznał się z treścią „Procedury zgłaszania nieprawidłowości oraz ochrony sygnalistów” obowiązującą w Szpitalu Powiatowym w Wyrzysku Sp. z o.o., umieszczoną na stronie internetowej Szpitala pod adresem: <https://szpital.wyrzysk.pl/procedura-zgloszen-sygnalistow/>
- 3) Świadczenia zdrowotne objęte konkursem udzielane będą na terenie działania Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Spółka z o.o. w dni robocze oraz w soboty, niedziele i święta w godzinach 7:00/8:00 – 19:00/20:00 i od 19.00/20:00 – 7.00/8:00 dnia następnego, zgodnie z ustalonym comiesięcznie harmonogramem świadczenia usług, z zastrzeżeniem, że świadczenie jednego dyżuru nie może przekraczać 24 godzin w ciągłości przez jedną osobę.
- 4) Będzie wykonywał świadczenia zdrowotne objęte przedmiotem konkursu według zaoferowanej ceny.
- 5) Gwarantuje ciągłość udzielania świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszeń warunków zawartej umowy.
- 6) Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej i zobowiązuje się do przedłożenia kopii

polisy oc na dzień podpisania umowy zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz zapewni ciągłość polisy w trakcie obowiązywania umowy oraz zobowiązuje się niezwłocznie dostarczać kopię nowej polisy.

- 7) Posiada aktualne badania profilaktyczne o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu, badania sanitarno – epidemiologiczne oraz aktualne badanie bhp i ppoż. oraz zapewni ciągłość ww. w trakcie obowiązywania umowy oraz zobowiązuje się niezwłocznie dostarczać kopie aktualnych dokumentów.
- 8) Korzysta z pełni praw publicznych i nie jest karany za przestępstwa popełnione umyślnie (w tym przestępstwa skarbowe) oraz za przestępstwa na tle seksualnym wobec małoletnich.
- 9) Deklarowana ilość dyżurów 12 godzinnych na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług określonych ww. postępowaniem konkursowym dla potrzeb Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Spółka z o.o. w miesiącu:
 - a) dyżury zwykłe:
 - b) dyżury świąteczne:
- 10) Posiada uprawnienia niezbędne do wykonania zamówienia objętego przedmiotem konkursu.
- 11) Spełnia warunki określone w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024, poz. 799).
- 12) Proponuje następujące warunki wynagrodzenia z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszą ofertą dla potrzeb Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Spółka z o.o.: **zł brutto (słownie zł:)** **za 1 godzinę udzielania świadczeń.**
- 13) Wyraża zgodę na przetwarzanie wyżej podanych moich danych osobowych w celu przeprowadzenia niniejszego postępowania konkursowego.
- 14) Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Kserokopia tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty.

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.

Załączniki:

1. kserokopia dyplomu potwierdzającego wymagane wykształcenie,
2. zaświadczenie o wpisie do centralnego rejestru pielęgniarek i położnych (jeśli dotyczy),
3. kserokopie dokumentów potwierdzających staż pracy,
4. kserokopia uprawnień do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych określonych w ustawie Prawo o

ruchu drogowym,

5. kserokopia prawa jazdy,
6. kserokopia aktualnej książeczki doskonalenia zawodowego oraz potwierdzenie pozytywnego ukończenia poprzedniego okresu doskonalenia zawodowego (kserokopia ostatniej strony karty) – (jeśli dotyczy),
7. kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy,
8. orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych lub kserokopia książeczki do celów sanitarno-epidemiologicznych,
9. kserokopia aktualnego zaświadczenia o odbyciu szkolenia okresowego w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
10. zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do świadczenia usług na stanowisku, o które ubiega się Przyjmujący zamówienie,
11. zaświadczenie o niekaralności z kartoteki karnej oraz kartoteki nieletnich,
12. aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub z Krajowego Rejestru Sądowego (KRS),
13. kserokopie innych dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje (aktualne certyfikaty potwierdzające ukończenie kursów).

Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Kserokopię tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty.

Oferent zobowiązany jest poświadczyć za zgodność z oryginałem kopie dokumentów pod rygorem odpowiedzialności karnej.

.....
podpis i pieczęć oferenta

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Powiatowy w Wyrzysku Spółka z o.o.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, b, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich

sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody, chyba, że przepisy prawa nakazywać będą przechowywanie danych osobowych.

6. W przypadku uznania, że Pani/Pana prawa zostały naruszone ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych tel.: 67 210 98 67 e-mail: iodo@szpitalwyrzysk.pl

.....
Data i czytelny podpis Oferenta

**Oświadczenie
o państwie lub państwach zamieszkania w ciągu ostatnich 20 lat**

Ja, niżej popisana/-y,
numer PESEL

oświadczam, że:

- nie zamieszkiwałam/-em w ostatnich 20 latach w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa.
- zamieszkiwałam/-em w okresie ostatnich 20 lat w następujących państwach, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa:

1.

2.

Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(data i czytelny podpis)

*Niepotrzebne skreślić

Na podstawie art. 21 ust. 5, ust. 7 i ust. 8 Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (t.j. Dz. U. z 2023, poz. 1304 j.t. z późn. zm.)

Jeżeli osoba zamieszkiwała w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa jest zobowiązany przedłożyć zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu Karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu Karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

**Oświadczenie
w przypadku braku informacji z rejestru karnego**

Ja, niżej popisana/-y,
numer PESEL

oświadczam, że:

- prawo w państwie mojego obywatelstwa, tj. *[podać nazwę państwa/państw]*, nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestrów karnych lub nie prowadzi się tam rejestru karnego;
- prawo w państwie, w którym zamieszkiwałem/am, tj. *[podać nazwę państwa/państw]*, nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestrów karnych lub nie prowadzi się tam rejestru karnego.

Jednocześnie oświadczam, że nie byłam/-em prawomocnie skazana/-y w żadnym z wyżej wymienionych państw za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziałach XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

Dodatkowo oświadczam, że:

- Nie wydano wobec mnie żadnego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłam/-em się wyżej wymienionych czynów zabronionych.
- Nie ma obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad małoletnimi.

Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

(data i czytelny podpis)

seksualnym i ochronie małoletnich (t.j Dz. U. z 2023, poz 1304 j.t. z późn. zm.)