



**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
PRZEZ RATOWNIKA MEDYCZNEGO / PIELEGNIARKE SYSTEMU**

W ZESPOŁACH RATOWNICTWA MEDYCZNEGO w MSPR Gdynia SP ZOZ.

**1. Dane oferenta**

<b>NAZWA OFERENTA</b> (zgodnie z CEIDG)	
<b>ADRES PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ</b>	
<b>ADRES KORRESPONDENCYJNY</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>NIP</b>	
<b>REGON</b>	
<b>NR TEL.</b>	
<b>ADRES E- MAIL</b>	
<b>NAZWA BANKU, NR KONTA</b>	

**2. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych jako\***

Ratownik medyczny/ pielęgniarka systemu- <b>kierownik</b> podstawowego ZRM	5 pkt	
Ratownik medyczny/ pielęgniarka systemu- członek ZRM- <b>kierowca</b> z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych	5 pkt	
Ratownik medyczny/ pielęgniarka systemu- <b>członek</b> <b>specjalistycznego ZRM</b>	5 pkt	

\*właściwe oznaczyć X (jedna lub więcej pozycji)

**Udzielający zamówienia dopuszcza możliwość złożenia oferty częściowej**



**3. Proponuję zryczałtowaną stawkę za 1 godzinę pracy:**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych jako: <input type="checkbox"/> ratownika medycznego/ pielęgniarki systemu w ZRM S /P	..... (wartość w PLN)*
Udzielanie świadczeń zdrowotnych jako; <input type="checkbox"/> ratownik medyczny/ pielęgniarka systemu podczas zabezpieczeń imprez masowych	..... (wartość w PLN)*

**\*Zamawiający zastrzega sobie prawo do podjęcia negocjacji z oferentami w zakresie oferowanej ceny.**

**4. Oświadczenie dotyczące liczby godzin:**

**Minimalna liczba godzin** wymagana przez Udzielającego Zamówienia **60 godz./miesięcznie.**

Oświadczam, że w przypadku nawiązania współpracy jestem gotowy/gotowa do udzielania świadczeń zdrowotnych w następującej liczbie godzin w wymiarze miesięcznym: <i>(należy wskazać wartość maksimum godzin)</i>	.....
--	-------

**5. Do oferty załączam kopie dokumentów i/lub oryginały oświadczeń (zaznaczyć X):**

<input type="checkbox"/> dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe ratownika medycznego / pielęgniarki
<input type="checkbox"/> prawa wykonywania zawodu - dotyczy pielęgniarki systemu
<input type="checkbox"/> kursu kwalifikacyjnego / specjalizacji – dotyczy pielęgniarki systemu
<input type="checkbox"/> oświadczenie o zapoznaniu się z Klauzulą Informacyjną RODO w zakresie przetwarzania danych osobowych (wymagany załącznik nr 3 do SWKO)
<input type="checkbox"/> zaświadczenia lekarskie - orzeczenie lekarskie (profilaktyka) wraz z orzeczeniem lekarskim do celów sanitarno-epidemiologicznych lub oświadczenie o dostarczeniu po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego (wymagany załącznik nr 4 do SWKO)
<input type="checkbox"/> zaświadczenie o przeszkoleniu w zakresie BiHP i P/pož. lub oświadczenie o dostarczeniu po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego (wymagany załącznik nr 4 do SWKO)
<input type="checkbox"/> polisy ubezpieczeniowej OC w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych – odpowiednio ratownika medycznego / pielęgniarki systemu / lub oświadczenie



**MIEJSKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W GDYNI**  
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
81-394 Gdynia, ul. Żwirki i Wigury 14

<p>o jej dostarczeniu po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego (wymagany załącznik nr 4 do SWKO)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>polisy ubezpieczeniowej OC w zakresie ochrony mienia / lub oświadczenie o jej dostarczeniu po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego (wymagany zał. 4 do SWKO)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>polisy ubezpieczeniowej OC w zakresie kierowania pojazdami / pojazdami uprzywilejowanymi w ruchu – OC Kierowcy / lub oświadczenie o jej dostarczeniu po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego (wymagany załącznik nr 4 do SWKO)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej (wydruk)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wydruk w formie wyciągu – rubryka 1-17 i 24) – dotyczy pielęgniarek systemu</b></p>
<p><input type="checkbox"/> <b>kopię prawa jazdy</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>kopię pozwolenia na prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych</b></p>
<p><input type="checkbox"/> <b>kopię aktualnej Karty Doskonalenia Zawodowego – dotyczy ratownika medycznego lub oświadczenie o jej dostarczeniu po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego (wymagany załącznik nr 4 do SWKO)</b></p>
<p><input type="checkbox"/> <b>kopia certyfikatu ALS/ACLS certyfikowanego przez ERC/AHA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>kopia certyfikatu EPLS/PALS/NLS certyfikowanego przez ERC/AHA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>kopia certyfikatu ITLS/ETC/PHTLS</b></p>
<p><input type="checkbox"/> <b>pisemne poświadczenie lat doświadczenia w zatrudnieniu / realizacji świadczeń* jako ratownik medyczny / pielęgniarka systemu</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>pisemne poświadczenie / referencje w zakresie jakości dotychczasowej pracy / realizacji świadczeń* jako ratownik medyczny / pielęgniarka systemu zawierające do oceny: prowadzenie dokumentacji medycznej, umiejętność pracy w zespole, wykonywanie zawodu z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, brak uzasadnionych skarg pacjentów na udzielane świadczenia medyczne, brak kolizji drogowych w ostatnich 2 latach ambulansem z winy Przyjmującego Zamówienie.</b></p> <p><b>* Opcjonalnie poświadczenie nie dotyczy osób wcześniej zatrudnionych lub realizujących świadczenia na podstawie umów cywilnoprawnych w MSPR w Gdyni SP ZOZ.</b></p>



**6. Oświadczam, że:**

- 1) Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert, SWKO oraz projektem umowy, akceptuję ich treść oraz nie wnoszę zastrzeżeń.
- 2) Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia, w okresie objętym terminem związania ofertą.
- 3) Zobowiązuję się do niepodwyższania ceny za realizację świadczeń przez okres trwania umowy.
- 4) Zobowiązuję się do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych przez Strony – zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego zamówienia.
- 5) Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych przez minimalną ilość godzin wymaganą przez Udzielającego zamówienia oraz zgodnie z deklarowaną ilością godzin wskazaną w formularzu ofertowym, oraz projektem umowy.
- 6) Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, wymagane Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, w tym Prawo Wykonywania Zawodu bez ograniczeń (**dotyczy pielęgniarek systemu**), które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty (kserokopie) oraz wpis do CEIDG, oraz do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zaświadczenie/wyciąg/wydruk z systemu z aktualnej księgi rejestrowej - **dotyczy pielęgniarek systemu**).
- 7) Posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi, niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz pozostaję w sytuacji zapewniającej należyte wykonanie zamówienia (dotyczy ratowników medycznych oraz indywidualnych praktyk pielęgniarskich) / w przypadku innych podmiotów leczniczych – oświadczenie, że dysponują osobami zdolnymi do wykonania zamówienia wraz z imiennym wykazem tych osób oraz ich kwalifikacji zgodnie z pkt.5 formularza ofertowego.
- 8) Posiadam / zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii Karty Doskonalenia Zawodowego (dotyczy ratownika medycznego) - **zgodnie ze złożonym odrębnym oświadczeniem (załącznik nr 4 do SWKO)**.
- 9) Posiadam wymagane ubezpieczenia o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowy w zakresie odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polis najpóźniej w terminie podpisania umowy - **zgodnie ze złożonym odrębnym oświadczeniem (załącznik nr 4 do SWKO)**.
- 10) Posiadam / zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii dokumentu potwierdzającego ukończenie kurs BHP oraz stosownych zaświadczeń lekarskich - **zgodnie ze złożonym odrębnym oświadczeniem (załącznik nr 4 do SWKO)**.
- 11) Nie byłam/-em karana/-y za przewinienia / przestępstwa umyślne - **zgodnie ze złożonym odrębnym oświadczeniem (załącznik nr 5 do SWKO)**.
- 12) Zapoznałam / -em się z Klauzulą Informacyjną w zakresie przetwarzania danych osobowych - **zgodnie ze złożonym odrębnym oświadczeniem (załącznik nr 3 do SWKO)**.
- 13) Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
- 14) Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty.
- 15) Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym i ZUS-em.
- 16) W przypadku pozostawania w zatrudnieniu w Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Gdyni SP ZOZ na podstawie stosunku pracy lub udzielania świadczeń w ramach umowy cywilnoprawnej w zakresie pokrywającym się z przedmiotem konkursu, oświadczam, że z chwilą podpisania umowy o świadczenie usług zdrowotnych złożę pismo o rozwiązanie łączącej mnie z MSPR w Gdyni SP ZOZ umowy za porozumieniem stron.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis Oferenta / upoważnionego przedstawiciela\*\*

\*\*\*) Przedstawiciel Oferenta załącza stosowne pełnomocnictwo w oryginale, uwierzytelnione przez notariusza lub przez mocodawcę.