



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

Załącznik nr 4 do SWKO

Gdynia, dnia.....

.....

.....

.....

(dane oferenta)

OŚWIADCZENIE

w/s posiadanych uprawnień – Karta Doskonalenia Zawodowego

Oświadczam, że uprawnienia zawodowe uzyskałem w roku prowadzenia postępowania konkursowego oraz zobowiązuję się do dostarczenia aktualnej Karty Doskonalenia Zawodowego Ratownika Medycznego zgodnie z Ustawą z dnia 1 grudnia 2022 roku o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych.

OŚWIADCZENIA

ws wymaganej dokumentacji ubezpieczeniowej OC,

orzeczeń lekarskich i zaświadczeń BHP

Zobowiązuję się do posiadania - na koszt własny i przedstawienie Udzielającemu zamówienia najpóźniej w dniu podpisania umowy:

1. aktualnej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC), zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2011, Nr 293, poz. 1728) – **dotyczy ratowników medycznych,**



lub odpowiednio

- aktualnej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC), zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 10 maja 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U 2019, poz.866) – **dotyczy pielęgniarek systemu;**

2. aktualnej umowy od **odpowiedzialności cywilnej za szkody** wyrządzone podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, których nie obejmuje ubezpieczenie wskazane w pkt 1 powyżej – **w tym dotyczących uszkodzenia, zniszczenia lub utraty rzeczy;**

3. aktualnej umowy od **odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone podczas kierowania ambulansem / pojazdem uprzywilejowanym w ruchu**, których nie obejmuje ubezpieczenie wskazane w pkt 1i2 powyżej – **OC Kierowcy;**

4. orzeczenia lekarskiego wydanego przez uprawnionego lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy w zespole ratownictwa medycznego oraz orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno- epidemiologicznych;

5. zaświadczenia o przeszkoleniu w zakresie BHP i P/ poż - w zakresie przedmiotu umowy.

Dokumenty powyższe powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Oferenta /Przyjmującego zamówienie.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Oferenta / upoważnionego
przedstawiciela*

* Na podstawie stosownego pełnomocnictwa uwierzytelnionego przez notariusza lub przez mocodawcę