

FORMULARZ OFERTOWY



„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki systemu, ratowników medycznych, pielęgniarki systemu/ratowników medycznych z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych, w zespołach ratownictwa medycznego i zespołach transportowych w Szpitalu Specjalistycznym im. H. Klimontowicza w Gorlicach”

Nr oferty:

Wypełnia Zamawiający

1. Dane oferenta

Nazwa działalności gospodarczej:			
Imię:		Nazwisko:	
PESEL:	NIP:	REGON:	
Adres działalności gospodarczej:			
Adres (do korespondencji) lub jw.:			
E-mail (wymagany):			
Telefon:		Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	

2. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych jako (zaznaczyć krzyżykiem):

☐	ratownik medyczny/pielęgniarka systemu w zespole ratownictwa medycznego i zespole transportowym- kierownik w zespole ratownictwa medycznego i zespole transportowym
☐	ratownik medyczny/ pielęgniarka systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych w zespole ratownictwa medycznego i zespołach transportu sanitarnego
☐	ratownik medyczny/ pielęgniarka systemu członek zespołów ratownictwa medycznego

3. Wymagania – potwierdzone dokumentami, które oferent uwierzytelnia za zgodność z oryginałem:

Wydruk z CEIDG	Strona
Kserokopia polisy ubezpieczeniowej	Strona
PWZ	Strona
Aktualne zaświadczenie lekarskie/ orzeczenie lekarskie potwierdzające zdolność do wykonywania przedmiotu umowy	Strona
Dyplom potwierdzający kwalifikacje	Strona
Zaświadczenie o niekaralności	Strona
Kserokopia książeczki doskonalenia zawodowego	Strona

4. Część kwalifikacyjna (sposób oceny ofert opisany w szczegółowych warunkach konkursu ofert)

Kwalifikacje zawodowe:

Doświadczenie zawodowe w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, lub podmiotach udzielających świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne. <u>(Załącznik nr 1 do oferty)</u>				 lat
(Punkt oceniany: powyżej 5 lat – 6 pkt, 3 lata do 5 lat włącznie – 4 pkt, poniżej 3 lat – 2 pkt, brak/nie wpisano – 0 pkt)				
<i>Ratownik medyczny</i>		lub	<i>Pielęgniarka systemu</i> Specjalizacje:	
Kurs BLS AED - potwierdzenie na str.....	☐ ☐ (2pkt)		1.	☐ ☐ (4pkt)
Kurs ALS (ACLS) - potwierdzenie na str.....	☐ ☐ (2pkt)		2.	☐ ☐ (4pkt)
Kurs ITLS (PHTLS) - potwierdzenie na str.....	☐ ☐ (2pkt)		potwierdzenie na str.....	
Kurs EPLS (PALS) - potwierdzenie na str.....	☐ ☐ (2pkt)			

5. Cena świadczenia zdrowotnego : Cena za 1 godzinę:

- a) udzielania świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych i pielęgniarki systemu kierowników/kierowców, w zespołach ratownictwa medycznego w dni powszednie, w niedziele i święta – zł
- b) udzielania świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych i pielęgniarki systemu członków ZRM (trzyosobowy ZRM) – zł
- c) udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach transportu sanitarnego – zł

6. Deklarowana liczba dyżurów w miesiącu (co najmniej 2 dyżury w miesiącu):

	Ilość dyżurów:
Dni powszednie	
Sobota (min. 2 propozycje)	
Niedziela (min. 2 propozycje)	
Dni Świąteczne (min. 2 propozycje)	

7. Oświadczenia:

WARUNKI KONKURSU: Oświadczam, że zapoznałem/am się ze Szczegółowymi warunkami konkursu ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

UMOWA: Oświadczam, że zapoznałem/am się z projektem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i akceptuję jej postanowienia bez zastrzeżeń, oraz zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wskazanym przez Zamawiającego.

UBEZPIECZENIE: W przypadku, gdy okres ubezpieczenia objęty polisą złożoną do konkursu upłynie w czasie trwania umowy, zobowiązuję się do kontynuacji polisy i niezwłocznego dostarczenia Zamawiającemu kserokopii nowej polisy w celu dołączenia do dokumentacji Zamawiającego.

ZDOLNOŚĆ DO CZYNNOŚCI PRAWNYCH: Oświadczam, że korzystam z pełni praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

***JĘZYK POLSKI:** Oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu ratownika medycznego.

.....
(data, podpis oferenta, pieczęć)

*Wymóg złożenia oświadczenia oznaczonego gwiazdką, nie dotyczy osoby, która ukończyła studia wyższe na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne lub studia w zakresie ratownictwa medycznego, prowadzone w języku polskim lub publiczną szkołę policealną lub niepubliczną szkołę policealną o uprawnieniach szkoły publicznej, kształcącą w języku polskim.

Załącznikami do oferty są:

- Aktualny odpis/wydruk z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej lub oświadczenie;
- Aktualne orzeczenie lekarskie/zaświadczenie lekarskie potwierdzające zdolność do wykonywania przedmiotu umowy;
- Kopia aktualnej Karty Doskonalenia Zawodowego * dotyczy wyłącznie ratowników medycznych;
- Kopia dyplomu potwierdzająca kwalifikacje/zaświadczenie o odbytych studiach;
- Zaświadczenie o niekaralności
- PWZ;
- Kopia polisy OC lub oświadczenie (Załącznik nr 5 i 6);
- Podpisana Klauzula RODO (Załącznik 2).
- Oświadczenie o braku możliwości złożenia karty doskonalenia zawodowego z potwierdzeniem ukończenia okresu doskonalenia zawodowego (Załącznik 3)
- Oświadczenie i zobowiązanie dostarczenia Karty Ustawicznego Rozwoju Zawodowego (Załącznik 4)
- **zaświadczenie z Rejestr Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym <https://rps.ms.gov.pl/pl-PL/Public#/>**

Inne dokumenty (nie wymienione w ofercie)

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.



Załącznik nr 1

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 36 ust. 5 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j.: Dz. U. 2026, poz.141)

☐
☐

POSIADAM

NIE POSIADAM

Doświadczanie/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		

miejscowość i data

czytelny podpis oferenta



Załącznik nr 2

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy (klauzule RODO dostępne na stronie internetowej Szpitala).



OŚWIADCZENIE

Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ratownictwa medycznego ogłoszonego przez Szpital Specjalistyczny im. H. Klimontowicza w Gorlicach niniejszym oświadczam, że zobowiązuję się do dostarczenia dokumentu potwierdzającego uzyskanie Prawa Wykonywania Zawodu Ratownika Medycznego (PWZRM) w terminie do 3 miesięcy od dnia podpisania umowy (lub rozstrzygnięcia konkursu ofert).

Jednocześnie oświadczam, że posiadam wymagane kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku ratownika medycznego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, a procedura uzyskania fizycznego dokumentu PWZRM jest w toku.

Świadomy/a odpowiedzialności prawnej za podanie nieprawdziwych informacji, potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym.



Załącznik nr 4

OŚWIADCZENIE

Zobowiązuję się do posiadania na koszt własny i przedstawienie Udzielającemu Zamówienie 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.2011.1728)



Załącznik nr 5

OŚWIADCZENIE

Zobowiązuję się do posiadania na koszt własny i przedstawienie Udzielającemu Zamówienie aktualnej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC), obejmującej swoim zakresem szkody na mieniu Udzielającego zamówienie powstałe w związku z wykonywaniem przez Przyjmującego zamówienie czynności zawodowych oraz posiadaniem i użytkowaniem mienia Udzielającego Zamówienie.