Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe w Pruszczu Gdańskim
83-000 Pruszcz Gdański, ul. Prof. M. Raciborskiego 2A
NIP 593-221-85-62 Regon 191983891
Tel./fax 58 773 30 30 e-mail: sekretariat@pogotowiepruszcz.pl
www.pogotowiepruszcz.pl

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 DZIAŁALNOŚĆI**	
PESEL	**NIP**	**REGON**
NR TELEFONU	**ADRES E-MAIL OFERENTA**	
WYKSZTAŁCENIE [ ] POLICEALNE, ZAWODOWE [ ] WYŻSZE I STOPNIA (licencjat) [ ] WYŻSZE II STOPNIA (magister) [ ] WYŻSZE III STOPNIA (doktor)	**STAŻ PRACY W ZRM JAKO RATOWNIK LUB PIELĘGNIARKA/PIELĘGNIARZ** [ ] 0-5 LAT [ ] 5-10 LAT [ ] POWYŻEJ 10 LAT	**NINIEJSZĄ OFERTĘ SKAŁADAM JAKO OSOBA WYKONUJĄCA ZAWÓD (zaznaczyć tylko jeden)** [ ] RATOWNIK MED. [ ] PIELĘGNIARKI/-RZA SYSTEMU [ ] RATOWNIK MED.; PIELĘGNIARKA/-RZ SYSTEMU - KIEROWCA
INFORMUJĘ, ŻE POSIADAM: [ ] STAŻ PRACY UMOŻLIWIAJĄCY PEŁNIENIE FUNKCJI KIEROWNIKA PODSTAWOWEGO ZESPOŁU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO [ ] UPRAWNIENIA DO PROWADZENIA POJAZDÓW UPRZYWILEJOWANYCH UMOŻLIWIAJĄCYCH PEŁNIENIE FUNKCJI KIEROWCY ZRM		

2. OFERUJĘ UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH JAKO (ZAZNACZYĆ KRZYŻYKIEM)

	RATOWNIK MEDYCZNY / PIELĘGNIARKA-RZ SYSTEMU
	RATOWNIK MEDYCZNY / PIELĘGNIARKA-RZ SYSTEMU – KIEROWCA

3. PROPONUJĘ NASTĘPUJĄCĄ STAWKĘ:

a) w przypadku powierzenia funkcji <u>kierownika</u> 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 <u>ratownika medycznego; pielęgniarki-rza systemu – kierowcy w tym kierowcy motocykla</u> zespołu ratownictwa medycznego

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

c) w przypadku powierzenia funkcji <u>członka</u> 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:

[ ] Curriculum Vitae [ ] wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej [ ] świadectwo o niekaralności lub podpisane oświadczenie – zał. nr 4 [ ] orzeczenie lekarskie o braku przeciwskazań [ ] zaświadczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych [ ] kopię dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe [ ] zaświadczenie potwierdzające 3 lata pracy w ZRM lub SOR [ ] kopia polisy ubezpieczeniowej	**UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów.** Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) **spowoduje odrzucenie oferty.**
[ ] kopia aktualnej Karty Doskonalenia Zawodowego Ratownika Med.	**UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów.**
[ ] kopia prawa jazdy [ ] kopia pozwolenia na prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych	**UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów składających ofertę jako rat. med.; piel. systemu – kierowca.** Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) **spowoduje odrzucenie oferty.**
[ ] kopia certyfikatu ALS.ACLS certyfikowanego przez ERC/AHA [ ] kopia certyfikatu EPLS/PALS/NLS certyfikowanego przez ERC/AHA [ ] 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

Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe w Pruszczu Gdańskim
83-000 Pruszcz Gdański, ul. Prof. M. Raciborskiego 2A
NIP 593-221-85-62 Regon 191983891
Tel./fax 58 773 30 30 e-mail: sekretariat@pogotowiepruszcz.pl
www.pogotowiepruszcz.pl

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 2024 r., poz. 799).
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 2024 r., poz. 799) oraz ustawy z dnia 8 września 2008 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 652).
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