

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 DZIAŁALNOŚĆ | |
| PESEL | NIP | REGON |
| NR TELEFONU | ADRES E-MAIL OFERENTA | |
| WYKSZTAŁCENIE <input type="checkbox"/> POLICEALNE, ZAWODOWE <input type="checkbox"/> WYŻSZE I STOPNIA (licencjat) <input type="checkbox"/> WYŻSZE II STOPNIA (magister) <input type="checkbox"/> WYŻSZE III STOPNIA (doktor) | STAŻ PRACY W ZRM JAKO RATOWNIK LUB PIELĘGNIARKA/PIELĘGNIARZ <input type="checkbox"/> poniżej 2 LAT <input type="checkbox"/> 2-5 LAT <input type="checkbox"/> powyżej 5 LAT | NINIEJSZĄ OFERTĘ SKŁADAM JAKO OSOBA WYKONUJĄCA ZAWÓD (zaznaczyć tylko jeden) <input type="checkbox"/> RATOWNIK MED. <input type="checkbox"/> PIELĘGNIARKI/-RZA SYSTEMU <input type="checkbox"/> RATOWNIK MED.; PIELĘGNIARKA/-RZ SYSTEMU - KIEROWCA |
| INFORMUJĘ, ŻE POSIADAM: <input type="checkbox"/> UPRAWNIENIA DO PROWADZENIA POJAZDÓW UPRIWILEJOWANYCH UMOŻLIWIAJĄCYCH PEŁNIENIE FUNKCJI KIEROWCY ZRM | | |

2. OFERUJĘ UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH JAKO (ZAZNACZYĆ KRZYŻYKIEM)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | RATOWNIK MEDYCZNY / PIELĘGNIARKA/-ARZ SYSTEMU – KIEROWCA |
|--------------------------|---|

3. PROPONUJĘ NASTĘPUJĄCĄ STAWKĘ:

a) w przypadku powierzenia funkcji kierownika 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 ratownika medycznego; pielęgniarki/-rza systemu – kierowcy

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

c) w przypadku powierzenia funkcji członka 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:

| | | |
|---------------------------------------|---|--|
| Kryterium konieczne | <input type="checkbox"/> Curriculum Vitae <input type="checkbox"/> wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej <input type="checkbox"/> zaświadczenie z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą * <input type="checkbox"/> prawo wykonywania zawodu* <input type="checkbox"/> zaświadczenie o niekaralności (Krajowy Rejestr Karny) w pełnym zakresie <input type="checkbox"/> orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych <input type="checkbox"/> orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych <input type="checkbox"/> kopię dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe <input type="checkbox"/> zaświadczenia potwierdzające staż pracy w ZRM lub SOR <input type="checkbox"/> kopia polisy ubezpieczeniowej OC <input type="checkbox"/> zaświadczenie o szkoleniu BHP i p/poż. | <p>UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów. Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) spowoduje odrzucenie oferty.</p> <p>* dot: pielęgniarek/rzy systemu</p> |
| Kryterium konieczne | <input type="checkbox"/> kopia prawa jazdy <input type="checkbox"/> orzeczenie lekarskie do kierowania pojazdem uprzywilejowanym <input type="checkbox"/> orzeczenie psychologiczne do kierowania pojazdem uprzywilejowanym <input type="checkbox"/> kopia pozwolenia na prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych | <p>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.</p> |
| Kryterium dodatkowo punktowane | <input type="checkbox"/> kopia certyfikatu ALS.ACLS certyfikowanego przez ERC/AHA <input type="checkbox"/> kopia certyfikatu EPLS/PALS/NLS certyfikowanego przez ERC/AHA <input type="checkbox"/> kopia certyfikatu ITLS/ETC/PHTLS <input type="checkbox"/> kopia aktualnej Karty Doskonalenia Zawodowego Ratownika Med. | <p>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.</p> |

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/-em się z projektem umowy stanowiącym załącznik nr 2 do SWKO i akceptuję warunki w niej przedstawione.

.....
 data i miejscowość

.....
 podpis oferenta

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 2025 r., poz. 91).
- 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