

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 PIEŁĘGNIARKA/PIEŁĘGNIARZ <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"/> PIEŁĘGNIARKI/-RZA SYSTEMU <input type="checkbox"/> RATOWNIK MED.; PIEŁĘGNIARKA/-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/CZKA MEDYCZNY/A LUB PIEŁĘGNIARKA/-ARZ SYSTEMU
<input type="checkbox"/>	RATOWNIK/CZKA MEDYCZNY/A LUB PIEŁĘGNIARKA/-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:

Oświadczenie	min	max
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/-łem 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 2026 r., poz. 156).
- 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 2026 r., poz. 156) oraz ustawy z dnia 8 września 2008 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2026 r., poz. 141).
- 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