



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

Załącznik nr 1 do SWKO

FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
PRZEZ

- 1) RATOWNIKA MEDYCZNEGO / PIEŁĘGNIARKĘ SYSTEMU (kobiety/mężczyźni)
lub
- 2) RATOWNIKA MEDYCZNEGO / PIEŁĘGNIARKĘ SYSTEMU (kobiety/mężczyźni)
z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych

W ZESPOŁACH RATOWNICTWA MEDYCZNEGO w MSPR Gdynia SP ZOZ

(dotyczy JEDNOOSOBOWEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ)

1. Dane oferenta

NAZWA OFERENTA (zgodnie z CEIDG)	
ADRES PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ	
ADRES KORRESPONDENCYJNY	
PESEL	
NIP	
REGON	
NR TEL.	
ADRES E- MAIL	
NAZWA BANKU, NR KONTA	



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

2. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych, w ramach JDG, jako*

Ratownik medyczny/ pielęgniarka systemu w charakterze kierownika ZRM i członka ZRM	
Ratownik medyczny/ pielęgniarka systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych w charakterze kierowcy ZRM, kierownika ZRM, członka ZRM	

***właściwe oznaczyć X (tylko jedna pozycja)**

3. Proponuję zryczałtowaną stawkę za 1 godzinę realizacji świadczeń:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych jako: <ul style="list-style-type: none">• ratownika medycznego/ pielęgniarki systemu w ZRM S /P lub• ratownika medycznego/ pielęgniarki systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych w ZRM S /P (odpowiednio w przyjętych zakresach) (wartość w PLN) *
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------

***Zamawiający zastrzega sobie prawo do podjęcia negocjacji z oferentami w zakresie oferowanej ceny.**

4. Oświadczenie dotyczące liczby godzin/ doświadczenia zawodowego:

Minimalna liczba godzin wymagana przez Udzielającego Zamówienia **60 godz./ miesięcznie.**

Oświadczam, że w przypadku nawiązania współpracy jestem gotowy/gotowa do udzielania świadczeń zdrowotnych w następującej liczbie godzin w wymiarze miesięcznym: (należy wskazać wartość maksimum godzin w przedziale 60-240*)
*Wskazanie ilości godzin ponad 240 nie podlega dodatkowej punktacji	

Doświadczenie zawodowe:

Posiadam doświadczenie zawodowe w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego PRM, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym jako ratownik medyczny/ pielęgniarka systemulat
Posiadam doświadczenie zawodowe kierowcy ambulansu PRMlat

5. Do oferty załączam kopie dokumentów i/lub oryginały oświadczeń (zaznaczyć X):

☐ dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe ratownika medycznego /pielęgniarki



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

- | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> prawa wykonywania zawodu - dotyczy pielęgniarstwa systemu<input type="checkbox"/> kursu kwalifikacyjnego / specjalizacji – dotyczy pielęgniarstwa systemu<input type="checkbox"/> oświadczenie o zapoznaniu się z Klauzulą Informacyjną RODO w zakresie przetwarzania danych osobowych (wymagany załącznik nr 3 do SWKO)<input type="checkbox"/> zaświadczenia lekarskie - orzeczenie lekarskie (profilaktyka) wraz z orzeczeniem lekarskim do celów sanitarno-epidemiologicznych lub oświadczenie o ich dostarczeniu po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego (wymagany załącznik nr 4 do SWKO)<input type="checkbox"/> zaświadczenie o przeszkoleniu w zakresie BHP i P/poż. lub oświadczenie o jego dostarczeniu po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego (wymagany załącznik nr 4 do SWKO) |
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> polisy ubezpieczeniowej OC w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych – odpowiednio ratownika medycznego / pielęgniarstwa systemu / lub oświadczenie o jej dostarczeniu po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego (wymagany załącznik nr 4 do SWKO)<input type="checkbox"/> polisy ubezpieczeniowej OC w zakresie ochrony mienia / lub oświadczenie o jej dostarczeniu po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego (wymagany zał. 4 do SWKO)<input type="checkbox"/> polisy ubezpieczeniowej OC w zakresie kierowania pojazdami / pojazdami uprzywilejowanymi w ruchu – OC Kierowcy (dot. zakresu nr 2) / lub oświadczenie o jej dostarczeniu po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego (wymagany załącznik nr 4 do SWKO)<input type="checkbox"/> wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej (aktualny wydruk – wygenerowany nie wcześniej niż 21 dni roboczych przed datą złożenia oferty)<input type="checkbox"/> wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (aktualny Wydruk wygenerowany nie wcześniej niż 21 dni roboczych przed datą złożenia oferty)– dotyczy pielęgniarek systemu |
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> kopię prawa jazdy (dot. zakresu nr 2) wraz z oświadczeniem zawartym w załączniku nr 4A (wymagane)<input type="checkbox"/> kopię pozwolenia na prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych- (dot. zakresu nr 2) wraz z oświadczeniem zawartym w załączniku nr 4a (wymagane)<input type="checkbox"/> oświadczenie w przedmiocie wyrażenia woli Oferenta w zakresie wystąpienia MSPR w Gdyni SP ZOZ do właściwego Wojskowego Centrum Rekrutacji (załącznik nr 4A – wymagane) |
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> kopię aktualnej Karty Doskonalenia Zawodowego – dotyczy ratownika medycznego |
| <ul style="list-style-type: none"><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 |
| <p>OPCJONALNIE **</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> pisemna opinia na druku Udzielającego zamówienia - stanowi odpowiednio załącznik nr 6 lub 6A <p>** nie dotyczy osób wcześniej zatrudnionych lub realizujących świadczenia na podstawie umów cywilnoprawnych w MSPR w Gdyni SP ZOZ.</p> |

6. Oświadczam, że:

- 1) Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert, SWKO oraz projektem umowy, akceptuję ich treść oraz nie wnoszę zastrzeżeń.
- 2) Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienia, w okresie objętym terminem związania ofertą.



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

- 3) Zobowiązuję się do niepodwyższania ceny za realizację świadczeń przez okres trwania umowy.
- 4) Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych przez Strony – zgodnie z harmonogramem indywidualnie ustalonym przez Udzielającego zamówienia i Oferenta/Przyjmującego zamówienie.
- 5) Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych przez minimalną ilość godzin wymaganą przez Udzielającego zamówienia oraz zgodnie z deklarowaną ilością godzin wskazaną w formularzu ofertowym, oraz projektem umowy.
- 6) Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, wymagane Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, w tym Prawo Wykonywania Zawodu bez ograniczeń (**dotyczy pielęgniarek systemu**), które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty (kserokopie) oraz wpis do CEIDG, oraz do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wydruk z systemu z aktualnej księgi rejestrowej - **dotyczy pielęgniarek systemu**).
- 7) Posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi, niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz pozostaję w sytuacji zapewniającej należyte wykonanie zamówienia (dotyczy ratowników medycznych oraz indywidualnych praktyk pielęgniarских) / w przypadku innych podmiotów leczniczych – oświadczenie, że dysponuję osobami zdolnymi do wykonania zamówienia wraz z imiennym wykazem tych osób oraz ich kwalifikacji zgodnie z pkt.5 formularza ofertowego – wymagane złożenie formularza ofertowego 1A).
- 8) Posiadam Kartę Doskonalenia Zawodowego (dotyczy ratownika medycznego) – w załączeniu.
- 9) Posiadam wymagane ubezpieczenia o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowy w zakresie odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polis najpóźniej w terminie 1 dnia przed rozpoczęciem realizacji umowy - **zgodnie ze złożonym odrębnym oświadczeniem (załącznik nr 4 do SWKO)**.
- 10) Posiadam / zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii dokumentu potwierdzającego ukończenie kursu BHP oraz stosownych zaświadczeń lekarskich - **zgodnie ze złożonym odrębnym oświadczeniem (załącznik nr 4 do SWKO)**.
- 11) Składam oświadczenie o dobrowolnym przekazaniu kopii dokumentów, dotyczących kierowcy ambulansu – dotyczy zakresu nr 2 (**załącznik nr 4A do SWKO**).
- 12) Składam oświadczenie w zakresie wyrażenia woli w związku z obowiązkami informacyjnymi, Udzielającego zamówienia w zakresie obronności państwa (**załącznik nr 4A do SWKO**).
- 13) Nie byłam/-em karana/-y za przewinienia / przestępstwa umyślne - **zgodnie ze złożonym odrębnym oświadczeniem (załącznik nr 5 do SWKO)**.
- 14) Zapoznałam / -em się z Klauzulą Informacyjną w zakresie przetwarzania danych osobowych - **zgodnie ze złożonym odrębnym oświadczeniem (załącznik nr 3 do SWKO)**.
- 15) Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
- 16) Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty.
- 17) Samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.
- 18) W przypadku pozostawania w zatrudnieniu w Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Gdyni SP ZOZ na podstawie stosunku pracy lub udzielania świadczeń w ramach umowy cywilnoprawnej w zakresie pokrywającym się z przedmiotem konkursu, oświadczam, że z chwilą podpisania umowy o świadczenie usług zdrowotnych złożę pismo o rozwiązanie łączącej mnie z MSPR w Gdyni SP ZOZ umowy za porozumieniem stron.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Oferenta / upoważnionego przedstawiciela**

**) Przedstawiciel Oferenta załącza stosowne pełnomocnictwo w oryginale, uwierzytelnione przez notariusza lub przez mocodawcę.