

.....
(miejscowość, data)

Pieczęć Oferenta:

Szpital Wojewódzki im. Prymasa
Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Sieradzu
ul. Armii Krajowej 7
98-200 Sieradz

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez:

- ☐ ratownika medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym
- ☐ ratownika medycznego z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

I. Dane oferenta:

- 1) Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą
.....
.....
- 2) Imię.....
- 3) Nazwisko.....
- 4) PESEL.....
- 5) Nr prawa wykonywania zawodu.....
- 6) NIP.....REGON.....
- 7) Adres zamieszkania
-
- Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania).....
-
- 8) Tel. Kontaktowy

II. Kwalifikacje zawodowe Oferenta:

- a) Tytuł zawodowy magistra w zakresie Medycyny Ratunkowej/Ratownictwa Medycznego ☐
- b) Tytuł zawodowy licencjata w zakresie Medycyny Ratunkowej/Ratownictwa Medycznego ☐
- c) Kwalifikacje w zawodzie ratownik medyczny ☐

III. Doświadczenie w pracy/ udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym procedura konkursową:

- a) 1-5 lat ☐
- b) 6-15 lat ☐
- c) powyżej 15 lat ☐

IV. Proponowana stawka za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:

- ✓ cena brutto zł za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym
- ✓ cena brutto zł za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

V. Proponowana liczba godzin udzielania świadczeń miesięcznie na rzecz udzielającego zamówienie:

- a) 24 – 72 ☐
- b) 73 - 160 ☐
- c) powyżej 161 ☐

VI. Wyrażam zgodę na zawarcie umowy na okres 24 miesięcy.

VII. Oświadczenie Oferenta:

- Oświadczam, że zapoznałem się z przedmiotem postępowania o udzielanie określonych świadczeń opieki zdrowotnej, treścią ogłoszenia o konkursie, SWKO, kryteriami oceny ofert, warunkami wymaganymi od świadczeniodawców oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
- Wyrażam zgodę na udostępnienie i przetwarzanie danych osobowych dla celów przeprowadzanego konkursu o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.
- Oświadczam, że w okresie ostatnich trzech lat poprzedzających termin składania ofert w niniejszym postępowaniu konkursowym, nie rozwiązano ze mną w trybie natychmiastowym umowy na świadczenia zdrowotne realizowane w przedsiębiorstwie będącym podmiotem leczniczym lub Zakładem Opieki Zdrowotnej w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2026 r. poz. 156) z przyczyn leżących po mojej stronie, w związku z nienależytym wykonywaniem przeze mnie zobowiązania.

- Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu ofertowym obejmuje wszystkie koszty jakie Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie ponieść w związku ze zleconym wykonaniem przedmiotu zamówienia, tj. koszty dojazdu, koszty przeszkolenia w szczególności w zakresie bhp o ppoż. badań profilaktycznych (w tym do celów sanitarno-epidemiologicznych*), koszty ubioru zgodnie z wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Udzielającego zamówienia.
- Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dla osób wykonujących swoje obowiązki na podstawie umów cywilnoprawnych (dostępna na stronie internetowej szpitala: <https://szpitale.lodzkie.pl/sieradz> w zakładce RODO).
- Oświadczam, że zostałem poinformowany o możliwości zapoznania się na stronie <https://szpitalsieradz.pl/sygnalisci-5937> z procedurą PO/71 Zgłaszanie wewnętrznych przypadków nieprawidłowości oraz ochrony osób dokonujących zgłoszeń, obowiązującą w Szpitalu Wojewódzkim im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu.

.....
(data złożenia oświadczenia)

.....
(pieczęć i czytelny podpis oferenta)

**WSZYSTKIE SKŁADANE W OFERCIE ZAŁĄCZNIKI WINNY BYĆ POTWIERDZONYMI
ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM KOPIAMI WYMAGANYCH DOKUMENTÓW**

Załączniki:

1. kopia wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, **/*
2. wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej lub aktualne zaświadczenie o wpisie do KRS ***/**/*
3. kopie dokumentów (dyplom ukończenia szkoły/uczelni medycznej, prawo wykonywania zawodu, posiadanych specjalizacji)**/**** lub przedłożenie wykazu osób uczestniczących przy realizacji zamówienia z podaniem kwalifikacji,*
4. kserokopia polisy OC lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy ***/**/*
5. kopia certyfikatu jakości ISO 9001 *
6. zaświadczenia z przeszkolenia w zakresie bhp i p.pož **/****
7. kopia akredytacji *
8. kopia skierowania na badania lekarskie (wstępne okresowe kontrolne) oraz aktualnego zaświadczenia od lekarza profilaktyka o braku przeciwwskazań do udzielania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych oraz aktualnego zaświadczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych lub złożenie oświadczenia o przedłożeniu zaświadczeń do dnia rozpoczęcia działalności* **/****
9. Orzeczenie psychologiczne
10. Kserokopia prawa jazdy wraz zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym
11. Karta przebiegu szkolenia zawodowego Ratownika Medycznego

12. Oświadczenia ***/**/*

13. Pełnomocnictwo do podpisania i złożenia oferty wraz z wszystkimi załącznikami*

14. zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189 a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2025 r. poz. 383 oraz z 2023 r. poz. 1939)
***/**/*

*** Dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą/osób fizycznych, które uzyskały zawodowe uprawnienia i udzielają ich w ramach działalności gospodarczej

** Dotyczy indywidualnych/ indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich

* Dotyczy podmiotów leczniczych