FORMULARZ OFERTOWY 5RM/KO/2022

„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki systemu, ratowników medycznych, pielęgniarki systemu/ratowników medycznych z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych, ratowników KPP i ratowników KPP z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych, w zespołach wyjazdowych lub transportowych, w Stacjach Pogotowia Ratunkowego należących do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Rejonowego Pogotowia Ratunkowego w Sosnowcu”

Nr oferty:

Wypełnia Zamawiający

Nazwa działalności gospodarczej:		
Imię:	**Nazwisko:**	
PESEL:	NIP:	REGON:
Adres działalności gospodarczej:		
Adres (do korespondencji) lub j.w.**:**		
E-mail (wymagany):		
Telefon:	**Numer Prawa Wykonywania Zawodu:** (dotyczy pielęgniarek)	

Oferta na :

Proszę wybrać pozycję (można wybrać więcej niż jedną) i zaznaczania □ lub □ .

Ratownik medyczny/Pielęgniarka systemu w zespole wyjazdowym □

Ratownik medyczny/ Pielęgniarka systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych □

Ratownik KPP □

Ratownik KPP z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych □

Wymagania minimalne – potwierdzone dokumentami, które oferent uwierzytelnia za zgodność z oryginałem:

Wpis z CEIDG (wydruk)	Strona ….....
Kserokopia polisy ubezpieczeniowej	Strona ….....
Podpisane oświadczenie o ubezpieczeniu	Strona ….....

(data, podpis, pieczęć) .....

Wymagania dodatkowe na stanowisko <u>RATOWNIKA MEDYCZNEGO Z UPRAWNIENIAMI DO PROWADZENIA POJAZDÓW UPRZYWILEJOWANYCH</u>

☐	Prawo jazdy kategorii B i C (potwierdzenie na str ….....)
☐	Uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych B i C (potwierdzenie na str ….....)

Wymagania dodatkowe na stanowisko <u>RATOWNIKA KPP Z UPRAWNIENIAMI DO PROWADZENIA POJAZDÓW UPRZYWILEJOWANYCH</u>

☐	Prawo jazdy kategorii B lub C (potwierdzenie na str ….....)
☐	Uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych B lub C (potwierdzenie na str ….....)

(data, podpis, pieczęć) .....

<u>Część kwalifikacyjna</u> <u>(sposób oceniania opisany w szczegółowych warunkach konkursu ofert)</u>

Kwalifikacje zawodowe:

<table>
<tr><td>Wykształcenie (wybrać jedno):
a) Wyższe magisterskie w dziedzinie ochrony zdrowia – 6 pkt,
b) Wyższe, licencjat kierunkowy – 4 pkt,
c) Policealna szkoła medyczna – 2 pkt.</td><td>□□(6pkt)
□□(4pkt)
□□(2pkt)</td></tr>
<tr><td>Doświadczenia zawodowego w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ustawy z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, lub podmiotach udzielających świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne i transport sanitarny lub w przypadku ratowników KPP w jednostkach współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, o których mowa w art. 15 pkt 1 ustawy z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, lub podmiotach udzielających świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne i transport sanitarny.

(Punkt oceniany: Powyżej 5 lat – 6 pkt, 3 lata do 5 lat włącznie – 4 pkt, Poniżej 3 lat – 2 pkt, Brak/nie wpisano – 0pkt)</td><td>….…..... lat</td></tr>
<tr><td colspan="2">
<table>
<tr><td>Ratownik medyczny</td><td></td><td>lub</td><td>Pielęgniarka systemu
Specjalizacje:</td><td></td></tr>
<tr><td>Kurs BLS AED - potwierdzenie na str.....</td><td>□□(2pkt)</td><td></td><td rowspan="4">1. ….....
2. ….....
potwierdzenie na str.....</td><td rowspan="4">□□(4p.)
□□(4p.)</td></tr>
<tr><td>Kurs ALS (ACLS) - potwierdzenie na str.....</td><td>□□(2pkt)</td><td></td></tr>
<tr><td>Kurs ITLS (PHTLS) - potwierdzenie na str.....</td><td>□□(2pkt)</td><td></td></tr>
<tr><td>Kurs EPLS (PALS) - potwierdzenie na str.....</td><td>□□(2pkt)</td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ważne zaświadczenie o uzyskaniu tytułu Ratownika – dotyczy ratowników KPP, ratowników KPP z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych - potwierdzenie na str. ……</td></tr>
<tr><td colspan="2">Kursy inne (potwierdzenia dołączone do oferty, strona/y ….....)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Przebieg pracy zawodowej (lata od - do, podmiot zatrudniający, stanowisko) podać informacyjnie:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Referencje (należy podać podmiot zatrudniający, osobę i numeru telefonu osobę, która potwierdzi referencje)
(<u>podać nr strony oferty</u>)</td></tr>
</table>

(data, podpis, pieczęć) .....

Cena świadczenia zdrowotnego : Cena 1 godziny:

za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez **ratowników medycznych i pielęgniarki systemu**, w zespołach wyjazdowych w dni powszednie, w niedzielę i święta – 40 zł. za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez **pielęgniarki systemu/ratowników medycznych z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych**, w zespołach wyjazdowych na stanowisku kierowcy ZRM w dni powszednie, w niedzielę i święta – 40 zł. za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez **ratowników medycznych, ratowników medycznych z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych, pielęgniarki systemu,** w zespołach transportowych w dni powszednie, w niedzielę i święta – 35 zł za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez **ratowników KPP, ratowników KPP z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych** w zespołach transportowych w dni powszednie, w niedzielę i święta – 25 zł	
…..... dyżurów	Deklarowana liczba dyżurów w miesiącu. (Udzielania świadczeń)

(data, podpis, pieczęć) .....

Oświadczenie:

WARUNKI: Oświadczam, iż zapoznałem/am się ze Szczegółowymi warunkami konkursu ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

UMOWA: Oświadczam, iż zapoznałem/am się z projektem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i akceptuję jej postanowienia, oraz zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wskazanym przez Zamawiającego.

UBEZPIECZENIE: Oświadczam, że w przypadku wybrania mojej oferty będę ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej na warunkach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29.04.2019r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2019, poz. 866).
W przypadku gdy okres ubezpieczenia z tytułu polisy upłynie w czasie trwania umowy, zobowiązuję się do kontynuacji polisy i niezwłocznego dostarczenia kserokopii ww. polisy w celu dołączenia do dokumentacji Zamawiającego.

….....
(data, podpis oferenta, pieczęć)

(data, podpis, pieczęć) .....

Oświadczenie o niekaralności

Oświadczam, że nie byłem(am) karany(a) za przestępstwo popełnione umyślnie ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz korzystam z pełni praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Niniejsze oświadczenie składam pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kodeksu karnego - „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8" – (Dz. U. z 2021r. poz. 2345 ze zm.)

….....
(data, podpis oferenta, pieczęć)

***Oświadczenie:**

Oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu ratownika medycznego.

….....
(data, podpis oferenta, pieczęć)

*Wymóg złożenia oświadczenia oznaczonego gwiazdką, nie dotyczy osoby, która ukończyła studia wyższe na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne lub studia w zakresie ratownictwa medycznego, prowadzone w języku polskim lub publiczną szkołę policealną lub niepubliczną szkołę policealną o uprawnieniach szkoły publicznej, kształcącą w języku polskim.

(data, podpis, pieczęć) .....

INNE:

….....
.....
.....
.....
.....

Załącznikami do oferty są: (**prosimy wypełnić czytelnie**)

1. Kserokopie dokumentów potwierdzające kwalifikacje:

   ….....
   ….....
   ….....

inne dokumenty (nie wymienione w ofercie)

2. ….....
3. ….....
4. ….....
5. ….....
6. ….....
7. ….....

(data, podpis, pieczęć) .....