**Oferentowi nie wolno dokonywać żadnych zmian we wzorze druku „OFERTA”**

……………………………………

miejscowość, data

Nazwisko ...............................................................

Imię .......................................................................

Imiona rodziców ....................................................

Adres .....................................................................

.................................................................................

PESEL .....................................................................

NIP .........................................................................

Nr telefonu ..............................................................

**O F E R T A**

Składam ofertę:

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zespołach ratownictwa medycznego, zespołach transportu sanitarnego, transportu medycznego i zespołach związanych z zapobieganiem oraz zwalczaniem zakażeń i chorób zakaźnych u ludziw Samodzielnej Publicznej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w **Zamościu [**SPSPRiTS w Zamościu**] przez ratownika medycznego, pielęgniarkę i pielęgniarza systemu, tj:**

1. w zespołach ratownictwa medycznego:

* w Zamościu i w Biłgoraju, z obszarem działania zespołów ratownictwa medycznego zlokalizowanych w Zamościu i w Biłgoraju oraz na terenie powiatu zamojskiego   
  i biłgorajskiego, według potrzeb w Podstacji wskazanej przez Udzielającego zamówienia

tak nie

2. w zespołach transportu sanitarnego, mających miejsce stacjonowania:

* w Zamościu, z obszarem działania na terenie Zamościa, powiatu zamojskiego, biłgorajskiego i na obszarze całego kraju tak nie

3. w zespołach transportu medycznego:

* w Zamościu z obszarem działania na terenie Zamościa, powiatu biłgorajskiego, hrubieszowskiego, janowskiego, tomaszowskiego, zamojskiego i na obszarze całego kraju.

tak nie

4. w zespołach związanych z zapobieganiem oraz zwalczaniem zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (zdarzenia nadzwyczajne):

* w Zamościu i w Biłgoraju, z obszarem działania zespołów związanych z zapobieganiem oraz zwalczaniem zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi zlokalizowanych w Zamościu i w Biłgoraju, na terenie powiatu zamojskiego i biłgorajskiego, według potrzeb w Podstacji wskazanej przez Udzielającego zamówienia

tak nie

**Kwalifikacje zawodowe:**

1) Zawód: ………………………………………………………………………………

2) Rok otrzymania dyplomu .............................................................................................

3) Posiadany tytuł /specjalizacja ………………………………………………………

4) Odbyte szkolenia w zakresie ratownictwa medycznego (nazwa kursu lub szkolenia, rok ukończenia, jednostka organizująca szkolenie)

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

5) Ukończone kursy kwalifikacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa (podać dziedzinę pielęgniarstwa, rok ukończenia, jednostkę organizująca szkolenie )

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

6) prawo jazdy Nr…………….…….. data wydania …………..………… (jeśli dotyczy)

7) zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym Nr…………….……..data wydania ………………..….. data ważności …………………………… (jeśli dotyczy)

Zatrudnienie na stanowisku ratownika medycznego, pielęgniarki / pielęgniarza

1) obecnie w SPSPRiTS w Zamościu tak nie

od dnia ..............................................................................................

2) poza SPSPRiTS w Zamościu tak nie miejsce ............................................................................................

od ............................................ do ..................................................

miejsce ............................................................................................

od ............................................ do .................................................

3) staż na stanowisku ratownika medycznego ogółem: lat ............. miesięcy ................

w tym: staż zawodowy w ramach umowy z Urzędem Pracy lat .............. miesięcy ..............

4) staż na stanowisku pielęgniarki/ pielęgniarza ogółem lat ……… miesięcy……….

w tym w szpitalnych oddziałach ratunkowych, oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii, kardiologii, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym (podać specjalność oddziału szpitalnego i pomioty wykonujące działalność leczniczą , w których był/a zatrudniona oraz staż pracy w poszczególnych placówkach)

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Pozostaję / nie pozostaję w zatrudnieniu u innego pracodawcy. Jeśli tak to podać:**

od kiedy .......................................................................................................................................

Rodzaj działalności gospodarczej ................................................................................................

**Sposób zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych:**

Jestem dyspozycyjny i gotowy do wykonywania świadczeń zdrowotnych według potrzeb

SPSPRiTS w Zamościu:

a) we wszystkie dni tygodnia przez 24 godziny tak nie w tym soboty, niedziele i święta

b) w niektóre dni tygodnia przez 24 godziny tak nie

podać w jakie dni tygodnia ................................................................................................

Godziny rozpoczęcia i zakończenia dyżuru uzależnione są od ustalonego czasu świadczenia usług medycznych w Stacji Pogotowia lub Podstacji.

Proponowana, zależna od potrzeb SPSPRiTS w Zamościu, maksymalna w ciągu miesiąca liczba godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych : .................................. godzin.

Jako ratownik medyczny, pielęgniarka/pielęgniarz systemu zespołu ratownictwa medycznego zespole transportu medycznego, zespole transportu sanitarnego oraz zespołu związanego z zapobieganiem oraz zwalczaniem zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, zgłaszam gotowość do:

a) wykonywania zadań kierowcy pojazdu uprzywilejowanego tak nie

b) wykonywanie świadczeń jako lider zespołu wyjazdowego w przypadku

wyznaczenia mnie przez udzielającego zamówienia w harmonogramie

pracy na dany miesiąc tak nie

c) wykonywania świadczeń w dwuosobowym podstawowym zespole

ratownictwa medycznego tak nie

d) uczestnictwa w mistrzostwach w ratownictwie medycznym jako

reprezentant SPSPRiTS w Zamościu , w ramach doskonalenia zawodowego,

za wynagrodzeniem wg stawki godzinowej określonej w umowie

i liczby godzin uczestnictwa w mistrzostwach (maksymalnie 8 godzin

dziennie x liczba dni przewidzianych na zajęcia teoretyczne i praktyczne

wg programu mistrzostw) tak nie

........................................................ ….......................................

miejscowość, data czytelny podpis

**Proponowane stawki godzinowe brutto za wykonywanie świadczeń zdrowotnych:**

1) ...................- za 1 godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w zespole

ratownictwa medycznego,

2)................... - za 1 godzinę wykonywania świadczeń w zespole transportu sanitarnego,

3)……………- za 1 godzinę wykonywania świadczeń w zespole transportu medycznego,

4)……………- za 1 godzinę wykonywania świadczeń w zespołach związanych

z zapobieganiem oraz zwalczaniem zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,

5) ..................- za 1 godzinę za zabezpieczenie medyczne imprezy poza ustalonym

harmonogramem,

6) ………… - za 1 godzinę udziału w mistrzostwach w ratownictwie medycznym jako reprezentant SPSPRiTS w Zamościu (maksymalne wynagrodzenie za udział: stawka godzinowa x 8 godzin dziennie x liczba dni przeznaczonych na zajęcia teoretyczne i praktyczne wg programu mistrzostw)

**Proponowane stawki godzinowe brutto dodatku w zespole ratownictwa medycznego i zespole transportu medycznego za wykonywanie świadczeń zdrowotnych:**

1) ...................... - dodatek za 1 godzinę wykonywania świadczeń jako lider zespołu w przypadku wyznaczenia mnie do wykonywania tych świadczeń w harmonogramie pracy,

2)....................... - dodatek za 1 godzinę wykonywania świadczeń z jednoczesnym prowadzeniem pojazdu uprzywilejowanego w ruchu,

3)………………. - dodatek za 1 godzinę wykonywania świadczeń w dwuosobowym podstawowym zespole ratownictwa medycznego,

4) ……………… - dodatek za 1 godzinę za zajęcie od 1-ego do 7-ego miejsca w mistrzostwach w ratownictwie medycznym

**Proponowany czas trwania umowy: od ...................................... do .......................................**

……………………..………… ......................................................

miejscowość, data czytelny podpis

Oświadczam, że:

• posiadam pełną zdolności do czynności prawnych,

• zapoznałem się z treścią ogłoszenia Dyrektora SPSPRiTS w Zamościu o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zespołach ratownictwa medycznego, zespołu transportu sanitarnego, zespołu transportu medycznego, w zespołach związanych z zapobieganiem oraz zwalczaniem zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi przez osoby wykonujące zawód ratownika medycznego, pielęgniarki/pielęgniarza, szczegółowymi warunkami konkursu oraz wzorem umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń,

• posiadam wiedzę, umiejętności praktyczne i uprawnienia z zakresu samodzielnego wykonywania medycznych czynności ratunkowych oraz działania leków wynikających z zgodnie z obwiązującymi przepisami prawa, w szczególności przepisami ustawy z dnia z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2020 r., poz. 882 ze zm.), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2019 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz.U z 2019 r., poz. 2478), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. z 2017 r., poz. 497)

• przyjmuję na siebie obowiązek przeszkolenia się z procedur i programów informatycznych obowiązujących w SPSPRiTS w Zamościu w przypadku wyboru oferty,

• samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym oraz Zakładem Ubezpieczeń Społecznych,

• o niekaralności w związku z wykonywanym zawodem ratownika medycznego, pielęgniarki/pielęgniarza systemu,

• przyjmuję obowiązek zawarcia n/w umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej OC   
i dostarczenia Udzielającemu dowodu jej zawarcia najpóźniej przed zawarciem umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz posiadania aktualnej umowy ubezpieczenia OC przez cały okres trwania umowy z Udzielającym zamówienia i terminowego dokumentowania wobec Udzielającego spełnienia tego obowiązku, tj. :

- określonych w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2019 r., poz. 866) (dotyczy pielęgniarek/pielęgniarzy).

- zawarcia umowy dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej OC za szkody powstałe przy lub w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego - minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy wynosi wyrażoną w złotych równowartość 50000 euro (dotyczy ratowników medycznych).

• przyjmuje obowiązek odbycia we własnym zakresie szkoleń okresowych w dziedzinie BHP oraz terminowego dokumentowania wobec Udzielającego Zamówienia spełnienie tego obowiązku przez cały czas trwania umowy.

• przyjmuję obowiązek posiadania przez cały czas trwania niniejszej umowy aktualnych badań profilaktycznych potwierdzających zdolność do wykonywania świadczeń zdrowotnych jako ratownik medyczny, pielęgniarki/pielęgniarzy, wystawione przez lekarza uprawnionego do wystawiania badań profilaktycznych.

• przyjmuję obowiązek posiadania przez cały czas trwania niniejszej umowy orzeczeń lekarskich i psychologicznych o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem uprzywilejowanym oraz zezwolenia właściwego organu na prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych (jeśli dotyczy).

• przyjmuję obowiązek dostarczenia aktualnego wydruku z CEIDG RP przed zawarciem umowy w przypadku wyboru mojej oferty.

……………………………………. ………………………………………..

miejscowość, data czytelny podpis

**Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych.**

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego wizerunku, zawartych w niniejszej ofercie i na dokumentach do tej oferty dołączonych, przez Administratora danych: Samodzielna Publiczna Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Zamościu, ul. Starowiejska 23, 22-400 Zamość [SPSPRiTS w Zamościu], wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego - Rejestru Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej przez Sąd Rejonowy Lublin- Wschód z siedzibą w Świdniku VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod Nr KRS: 0000077189, w związku i w celu przeprowadzenia niniejszego Konkursu ofert oraz do celów kontroli przeprowadzanych w SPSPRiTS w Zamościu przez uprawnione ustawowo organy i instytucje.

2. Podaję swoje dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

3. Zapoznałem się z treścią Klauzuli informacyjnej zawartej w Szczegółowych Warunkach niniejszego Konkursu Ofert, w tym informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych i prawie ich poprawiania w zakresie przez prawo dozwolonym,

4. Jestem świadomy, że w wypadku przyjęcia mojej oferty i zawarcia umowy będącej przedmiotem konkursu dokumenty złożone przeze mnie w tym konkursie zostaną złożone do moich akt osobowych - i wyrażam na to zgodę.

…………………………………………. ………………………………….

miejscowość, data czytelny podpis

Do oferty załączam:

1. Aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG RP),

2. Kserokopię dyplomu ratownika medycznego pielęgniarki/pielęgniarza, certyfikatów i zaświadczeń o ukończeniu kursów i szkoleń,

3. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/ pielęgniarza, (jeśli dotyczy),

4. Aktualny odpis (wydruk ) z Rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarskich, (jeśli dotyczy),

5. Kserokopię książeczki z potwierdzeniem ukończonego i /lub rozpoczętego okresu doskonalenia zawodowego ratownika medycznego,

6. Kserokopie dokumentów potwierdzających posiadany staż pracy i doświadczenie zawodowe, lub zaświadczenie od pracodawców o posiadanym stażu pracy, pracy na stanowisku ratownika medycznego, pielęgniarki/pielęgniarza, (jeśli dotyczy),

7. Aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające zdolność do wykonywania świadczeń zdrowotnych (badania profilaktyczne) w zależności od złożonej oferty jako:

1) ratownik medyczny, pielęgniarka/pielęgniarz systemu w zespole ratownictwa medycznego,

2) ratownik medyczny pielęgniarka/pielęgniarz wykonujący obowiązki kierowcy pojazdu uprzywilejowanego (jeśli dotyczy),

Powyższy dokument powinien być wystawiony przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych,

8. Zaświadczenie o szczepieniu p-wzw,

9. Informacje z Krajowego Rejestru Karnego (jeśli dotyczy),

10. Kserokopię prawa jazdy, orzeczenie psychologiczne oraz orzeczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych, zezwolenie właściwego organu na prowadzenie pojazdu uprzywilejowanego (jeśli dotyczy).

Ponadto do umowy załączam (wymienić pozostałe dokumenty składane wraz z ofertą, a nie wymienione w pkt 1-10; w przypadku braku miejsca wymienić składane dokumenty na osobnej kartce, jako załączniki do oferty, z zachowaniem kolejności numeracji oraz podaniem imienia i nazwiska Oferenta):

11. ………………………………………………………………………………………

12. ………………………………………………………………………………………

13. ………………………………………………………………………………………

14. ..……………………………………………………………………………………..

……………………………………. ………………………………………..

miejscowość, data czytelny podpis

Uwaga:

Przy wypełnianiu formularza oferty należy podkreślić właściwą tylko jedną odpowiedź (tak, nie)

np. tak nie.

Miejsca wykropkowane ( ..............................) należy wypełnić.