Załącznik nr 1 do SWKO

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
NR POSTĘPOWANIA 35/2022

1. Dane oferenta (*wypełnić albo pkt A, albo pkt B*)

A. Podmiot leczniczy

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego.....
.....
Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych..... nr KRS.....
Pełnomocnik ..... kontakt (tel.: .....,
e-mail: .....)
NIP: ..... REGON: .....

B. Oferta indywidualna – w ramach prowadzonej działalności gospodarczej

Imię i nazwisko .....
Imię ojca: ..... imię matki: .....
Nazwa prowadzonej działalności: .....
adres prowadzonej działalności: .....
.....
adres zamieszkania (*wypełnić, jeśli jest inny niż powyżej*):
miejscowość..... kod pocztowy: .....
ulica.....nr.....
e-mail.....telefon do kontaktu.....
PESEL .....
NIP .....
REGON.....
Nr rachunku bankowego: .....

Posiadane kwalifikacje zawodowe (odpowiednie wypełnić):

1. Dyplom ukończenia*.....
   Nr dyplomu ..... Data wydania dyplomu .....
   Uzyskany tytuł**: .....

** np. Liceum Medyczne w ….Technikum medyczne w ……., Szkoła wyższa (podać jaka) w ….. itp.*
*** np. ratownik medyczny, licencjat ratownictwa medycznego, magister ratownictwa medycznego*

2. Zakres świadczeń

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zespołach wyjazdowych Ratownictwa Medycznego Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. na stanowisku *(**odpowiednie zaznaczyć X**)*:

☐ RATOWNIK MEDYCZNY - ZRM Malbork (powiat malborski, w tym Nowy Staw)

☐ RATOWNIK MEDYCZNY - KIEROWCA - ZRM Malbork (powiat malborski, w tym Nowy Staw),

☐ RATOWNIK MEDYCZNY - ZRM Nowy Dwór Gdański (powiat nowodworski, w tym Stegna),

☐ RATOWNIK MEDYCZNY – KIEROWCA -ZRM Nowy Dwór Gdański (powiat nowodworski, w tym Stegna)

Deklaruję średniomiesięczną liczbę godzin udzielania świadczeń, o których mowa w konkursie ofert:

- ☐ ZRM Malbork (powiat malborski, w tym Nowy Staw) ……. godzin/miesiąc
- ☐ ZRM Nowy Dwór Gdański (powiat nowodworski, w tym Stegna) …….. godzin/miesiąc

Deklaruję gotowość do pełnienia dyżurów poza ustalonym grafikiem w sytuacjach losowych, według zapotrzebowania Udzielającego zamówienia ***(odpowiednie zaznaczyć)*****:**

- ☐ TAK
- ☐ NIE

Posiadam doświadczenie zawodowe w PRM ***(odpowiednie zaznaczyć)*****:**

- ☐ 24-36 miesięcy (w tym min. 1 rok ciągłości w systemie PRM)
- ☐ 37-48 miesięcy (w tym min. 1 rok ciągłości w systemie PRM)
- ☐ 49-60 miesięcy (w tym min. 1 rok ciągłości w systemie PRM)
- ☐ 60 miesięcy i powyżej (w tym min. 1 rok ciągłości w systemie PRM)

3. Oferta cenowa

Za realizację świadczeń zdrowotnych oczekuję należności w wysokości (odpowiednie wypełnić)**:**

- ☐ ZRM Malbork: ..... zł (brutto)/godz.*
- ☐ ZRM Nowy Dwór Gdański: ..... zł (brutto)/godz.*

***** UWAGA! OFERENT W PROPONOWANEJ STAWCE ZA 1 GODZINĘ UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W RAMACH ZRM ZAWIERA TAKŻE WARTOŚĆ 30% DODATKU WYJAZDOWEGO wynikającego z art. 4 Ustawy z dnia 17 listopada 2021r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw - art. 10 (Dz. U. 2021,poz. 2120).***

4. Termin świadczenia usług

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia **01.04.2022r.** do dnia **30.06.2023r.**

5. Oświadczenie

Świadomy odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 kk w związku z treścią art. 233 § 6 kk składając ofertę do postępowania konkursowego na świadczenie usług medycznych, niniejszym:

a) Oświadczam, że nie jestem karany za przestępstwa umyślne, zawodowe, skarbowe.
b) Oświadczam, że jestem wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEDIG) i na dzień składania oferty prowadzę zarejestrowaną działalność gospodarczą zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa,
c) Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.
d) Oświadczam, ze wobec oferenta został spełniony obowiązek informacyjny wynikający z RODO.
e) Wyrażam zgodę na przetwarzanie tych danych na potrzeby przeprowadzenia niniejszego postępowania jak i wykonanie obowiązków wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa w tym RODO.
f) Oświadczam, że obecnie pracuję w:

a. .....

na podstawie stosunku pracy*, umowy cywilno-prawnej*

**Niewłaściwe skreślić*

Oświadczam, że wymagane w konkursie dokumenty (ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY) **:

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

znajdują się w posiadaniu Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku i na dzień składania niniejszej oferty są aktualne.

***Wypełnić jeśli dotyczy*

Malbork, dnia ....
podpis oferenta

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. Kopia dyplomu potwierdzającego kwalifikacje uprawniające do wykonywania zawodu ratownika medycznego,
2. Aktualna polisa ubezpieczeniowa OC (minimalna suma gwarancyjna wynosi 25.000 euro na jedno zdarzenie i 25.000 euro na wszystkie zdarzenia dla ratownika medycznego lub ratownika medycznego –kierowcy.
3. Prawo jazdy minimum kategorii B (kopia) – ***dla Ratowników medycznych - kierowców***
4. Uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych określonych w ustawie Prawo o ruchu drogowym – ***dla Ratowników medycznych - kierowców***
5. Aktualne orzeczenie psychologiczne o braku przeciwwskazań do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych – ***dla Ratowników medycznych - kierowców***
6. Aktualne orzeczenie lekarskie wydane przez uprawnionego lekarza o braku przeciwwskazań do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych – ***dla Ratowników medycznych - kierowców***
7. Aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na stanowisku ratownika medycznego, wydane przez lekarza medycyny pracy (kopia)
8. Podpisana za zgodność z oryginałem kopia książeczki doskonalenia zawodowego ratownika medycznego.
9. Aktualne zaświadczenie o ukończonym szkoleniu z zakresu BHP.