**FORMULARZ OFERTOWY**

**NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH PRZEZ:**

1. RATOWNIKA MEDYCZNEGO/ PIELĘGNIARKĘ SYSTEMU – KIEROWNIKA ZRM
2. RATOWNIKA MEDYCZNEGO/ PIELĘGNIARKĘ SYSTEMU – KIEROWCĘ ZRM

**DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zarejestrowana nazwa firmy:** |  |
| **Adres korespondencyjny firmy:** |  |
| **NIP:** |  |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Telefon kontaktowy:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

**ZAKRES ŚWIADCZEŃ ORAZ OFERTA CENOWA:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zakreślić „X”** | **Stanowisko** | **Cena bazowa za 1 godzinę udzielania świadczeń** | **Proponowana minimalnaliczba godzin** |
|[ ]  Ratownik medyczny/ pielęgniarka systemu– **kierownik** ZRM |  |  |
|[ ]  Ratownik medyczny/ pielęgniarka systemu– **kierowca** ZRM |  |  |
|[ ]  Ratownik medyczny/ pielęgniarka systemu– **kierownik & kierowca** ZRM |  |  |

**ŚWIADCZENIA BĘDĘ PEŁNIĆ W RAMACH UMOWY:**

*zaznaczyć właściwe*

[ ]  kontraktowej (w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej)

[ ]  zlecenie / bez konieczności odprowadzenia składek ZUS /

[ ]  zlecenie / z koniecznością odprowadzania składek ZUS /

**WYKSZTAŁCENIE:**

*zaznaczyć właściwe*

[ ] policealne + egzamin kwalifikacyjny

[ ] wyższe medyczne licencjackie **kierunkowe**

[ ] wyższe medyczne magisterskie **kierunkowe**

**DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE (W SYSTEMIE PRM):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa podmiotu** | **Stanowisko** | **Forma zatrudnienia** | **Okres zatrudnienia** **(w latach)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**OBECNE MIEJSCA ZATRUDNIENIA:**

*podać nazwę podmiotu, stanowisko oraz formę zatrudnienia (umowa o pracę, zlecenie, kontrakt)*

1. . . . . . . . . . .
2. . . . . . . . . . .

**WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY\***

1. **Kserokopie:**
* dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego i/lub posiadanej specjalizacji;
* dokument potwierdzający min. 3 lata pracy w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne – zaświadczenie z ostatniego miejsca pracy, potwierdzające udzielanie świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym (jeżeli dotyczy);
* aktualny odpis z właściwego rejestru albo zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (jeżeli dotyczy);
* aktualna książeczka doskonalenia zawodowego lub dokument potwierdzający uzyskanie co najmniej
200 punktów edukacyjnych w aktualnym okresie edukacyjnym (dotyczy ratowników medycznych);
* zaświadczenie o wpisie do centralnego rejestru pielęgniarek i położnych (dotyczy pielęgniarek systemu);
* aktualna polisa od odpowiedzialności cywilnej na świadczenia zdrowotne(spełniająca wymogi w Dziale II pkt. 7 SWKO);
* aktualne zaświadczenie o odbyciu szkolenia okresowego w zakresie BHP;
* aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych na stanowisku, o które ubiega się Przyjmujący zamówienie;
* aktualne zaświadczenie lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do świadczenia usług na stanowisku, o które ubiega się Przyjmujący zamówienie;
* zaświadczenie o niekaralności w pełnym zakresie opatrzone datą nie wcześniejszą niż 30 dni przed dniem zgłoszenia do Konkursu;
* informacja z Krajowego Rejestru Karnego, zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r.
*o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępstwami na tle seksualnym i ochronie małoletnich*, opatrzona datą nie wcześniejszą niż 30 dni przed dniem zgłoszenia do Konkursu;
1. 🗆 Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia konkursu ofert oraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (SWKO) i przyjęciu ich bez zastrzeżeń (zał. nr 1 do Formularza ofertowego);
2. 🗆 Oświadczenie o posiadaniu wiedzy i umiejętności do realizacji zamówienia oraz udzielaniu świadczeń zdrowotnych w sposób rzetelny oraz zgodny z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością (zał. nr 2 do Formularza ofertowego);
3. 🗆 Oświadczenie o realizacji obowiązku szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 (zał. nr 3 do Formularza ofertowego);
4. 🗆 Oświadczenie o państwie lub państwach, w których Przyjmujący zamówienie zamieszkiwał w ciągu ostatnich 20 lat (zał. nr 4 do Formularza ofertowego);
5. Oświadczenie o braku możliwości złożenia karty doskonalenia zawodowego z potwierdzeniem ukończenia okresu doskonalenia zawodowego przypadającego w okresie 2019 – 2023 od Organu, którym jest Krajowa Rada Ratowników Medycznych, zgodnie z § 13 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2023 r. w sprawie ustawicznego rozwoju zawodowego ratowników medycznych (Dz.U. 2023 poz. 1800) (zał. nr 5 do Formularza ofertowego – dotyczy Oferentów, którzy ukończyli okres edukacyjny w 2023 r.).

**OD PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE W ZAKRESIE RATOWNIK MEDYCZNY/ PIELĘGNIARKA SYSTEMU
– KIEROWNIK ZRM WYMAGA SIĘ RÓWNIEŻ:**

1. 🗆 Oświadczenie, iż posiada doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym, w wymiarze
co najmniej 5 000 godzin w okresie ostatnich 5 lat (zał. nr 6 do Formularza ofertowego).
2. 🗆 Oświadczenie, iż w dniu podpisania umowy Przyjmujący zamówienie posiada ważny Certyfikat e-ZLA (ZUS) w celu podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej na potrzeby integracji systemu SWD PRM
z systemem P1 (SIM). (zał. nr 7 do Formularza ofertowego).

**OD PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE W ZAKRESIE RATOWNIK MEDYCZNY/ PIELĘGNIARKA SYSTEMU
– KIEROWCA ZRM WYMAGA SIĘ RÓWNIEŻ:**

1. **Kserokopie:**
* aktualne prawo jazdy;
* aktualne zezwolenie na prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych;
* aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem uprzywilejowanym;
* aktualne orzeczenie psychologiczne o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem uprzywilejowanym.

***Wszystkie załączone do Formularza ofertowego kserokopie dokumentów powinny być poświadczone
za zgodność z oryginałem oraz opatrzone imienną pieczątką i podpisem.***

|  |
| --- |
| \*Oferenci, obecnie udzielający świadczeń na rzecz WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze, zwolnieni są z obowiązku dostarczenia kserokopii dokumentów, **o ile wszystkie dokumenty złożone w poprzednich konkursach są aktualne**.**Zaświadczenie o aktualności dokumentów oraz zaświadczenie o min. 3-letnim stażu pracy w jednostce należy uzyskać w Kadrach WSPR i dołączyć do oferty.****KONTAKT:** **e-mail:** **kadry@pogotowie.zgora.pl** **tel. 721-199-866** |

**OŚWIADCZENIA:**

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że:

1. Jest gotowy do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku ratownika medycznego w WSPR SP ZOZ
w Zielonej Górze.
2. Przedłożone kopie dokumentów są zgodne z ważnym, aktualnym oryginałem.
3. Świadomy odpowiedzialności karnej, potwierdza prawidłowość podanych danych.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze zawartych
w przesłanych dokumentach dla potrzeb niezbędnych w procesie rekrutacji zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.Urz. UE L 119 z 04.05.2016) oraz zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz. UE L 119 z 04.05.2016) oraz oświadczam, iż zapoznałem(am) się z klauzulą informacyjną zamieszczoną w treści ogłoszenia o konkursie.*

|  |
| --- |
| …………………………………….. |
| *(pieczątka i podpis Oferenta)* |
|  |