

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 minimalna liczba godzin
<input type="checkbox"/>	Ratownik medyczny/ pielęgniarka systemu – kierownik ZRM		
<input type="checkbox"/>	Ratownik medyczny/ pielęgniarka systemu – kierowca ZRM		
<input type="checkbox"/>	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;
- 2. 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);
- 3. 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);
- 4. Oświadczenie o realizacji obowiązku szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 (zał. nr 3 do Formularza ofertowego);
- 5. Oświadczenie o państwie lub państwach, w których Przyjmujący zamówienie zamieszkiwał w ciągu ostatnich 20 lat (zał. nr 4 do Formularza ofertowego);
- 6. 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 pieczętką 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 przestanych 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.

.....
(pieczętka i podpis Oferenta)