**Załącznik nr 1 do SWKO**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. **DANE OFERENTA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NAZWA OFERENTA (W BRZMIENIU PODANYM W CEIDG)** | | |
| **KOD POCZTOWY I MIEJSCOWOŚĆ** | **PEŁEN ADRES POD JAKIM PROWADZONA JEST DZIAŁALNOŚĆI** | |
| **PESEL** | **NIP** | **REGON** |
| **NR TELEFONU** | **ADRES E-MAIL OFERENTA** | |
| **WYKSZTAŁCENIE**  [ ] POLICEALNE, ZAWODOWE  [ ] WYŻSZE I STOPNIA (licencjat)  [ ] WYŻSZE II STOPNIA (magister)  [ ] WYŻSZE III STOPNIA (doktor) | **STAŻ PRACY W ZRM JAKO RATOWNIK LUB PIELĘGNIARKA/PIELĘGNIARZ**  [ ] 0-5 LAT  [ ] 5-10 LAT  [ ] POWYŻEJ 10 LAT | **NINIEJSZĄ OFERTĘ SKAŁADAM JAKO OSOBA WYKONUJĄCA ZAWÓD (zaznaczyć tylko jeden)**  [ ] RATOWNIK MED.  [ ] PIELĘGNIARKI/-RZA SYSTEMU  [ ] RATOWNIK MED.; PIELĘGNIARKA/-RZ SYSTEMU -KIEROWCA |
| **INFORMUJĘ, ŻE POSIADAM:**  [ ] STAŻ PRACY UMOŻLIWIAJĄCY PEŁNIENIE FUNKCJI KIEROWNIKA PODSTAWOWEGO ZESPOŁU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO  [ ] UPRAWNIENIA DO PROWADZENIA POJAZDÓW UPRZYWILEJOWANYCH UMOŻLIWIAJĄCYCH PEŁNIENIE FUNKCJI KIEROWCY ZRM | | |

1. **OFERUJĘ UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH JAKO** (ZAZNACZYĆ KRZYŻYKIEM)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **RATOWNIK MEDYCZNY / PIELĘGNIARKA-RZ SYSTEMU** |
|  | **RATOWNIK MEDYCZNY / PIELĘGNIARKA-RZ SYSTEMU – KIEROWCA** |

1. **PROPONUJĘ NASTĘPUJĄCĄ STAWKĘ:**
2. **w przypadku powierzenia funkcji kierownika podstawowego zespołu ratownictwa medycznego:**

|  |  |
| --- | --- |
| zł | za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako ratownik medyczny / pielęgniarka/-arz systemu w zespole ratownictwa medycznego |

1. **w przypadku powierzenia funkcji ratownika medycznego; pielęgniarki-rza systemu – kierowcy w tym kierowcy motocykla zespołu ratownictwa medycznego**

|  |  |
| --- | --- |
| zł | za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako ratownik medyczny / pielęgniarka/-arz systemu w zespole ratownictwa medycznego |

1. **w przypadku powierzenia funkcji członka zespołu ratownictwa medycznego:**

|  |  |
| --- | --- |
| zł | za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako ratownik medyczny / pielęgniarka/-arz systemu w zespole ratownictwa medycznego |

1. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ILOŚCI GODZIN:**

|  |  |
| --- | --- |
| Niniejszym oświadczam, że w przypadku nawiązania współpracy jestem gotowy do udzielania świadczeń zdrowotnych w następującej ilości godzin w wymiarze miesięcznym: |  |

1. **WYMAGANE DOKUMENTY:**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Curriculum Vitae  [ ] wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej  [ ] świadectwo o niekaralności lub podpisane oświadczenie – zał. nr 4  [ ] orzeczenie lekarskie o braku przeciwskazań  [ ] zaświadczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych  [ ] kopię dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe  [ ] zaświadczenie potwierdzające przepracowanie 5000 godzin w ostatnich 5 latach w ZRM lub SOR  [ ] kopia polisy ubezpieczeniowej | **UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów.**  Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) **spowoduje odrzucenie oferty.** |
| [ ] kopia aktualnej Karty Doskonalenia Zawodowego Ratownika Med. | **UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów.** |
| [ ] kopia prawa jazdy  [ ] kopia pozwolenia na prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych | **UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów składających ofertę jako rat. med.; piel. systemu – kierowca.**  Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) **spowoduje odrzucenie oferty.** |
| [ ] kopia certyfikatu ALS.ACLS certyfikowanego przez ERC/AHA  [ ] kopia certyfikatu EPLS/PALS/NLS certyfikowanego przez ERC/AHA  [ ] kopia certyfikatu ITLS/ETC/PHTLS | **UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów.**  Załączenie kopii certyfikatów wymienionych kursów nie jest obowiązkowe. **Ich brak nie powoduje odrzucenia oferty.** Prosimy nie załączać kopii certyfikatów szkoleń innych niż wymienione. |

1. **Będąc świadom konsekwencji wynikających z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane w  części 1 dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenia w stanie faktycznym.**
2. **Oświadczam, że zapoznałam/-łem się z projektem umowy stanowiącym załącznik nr 2 do SWKO i  akceptuję warunki w niej przedstawione.**

…………………………………….. …………………………………….

data i miejscowość podpis oferenta

**Oświadczenia dotyczące stażu pracy**

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 36 ust. 5 z dnia 8 września 20006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 1541)

**[ ] POSIADAM**

**[ ] NIE POSIADAM**

doświadczenie(a) w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym, w wymiarze co najmniej 5000 godzin w okresie ostatnich 5 lat.

……………………………………….. ……………………………………………..

data i miejscowość podpis oferenta

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ W KONKURSIE OFERT

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (dalej RODO), informujemy**, że:**

1. Administratorem Pana/i danych osobowych jest Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe z  siedzibą w Pruszczu Gdańskim (83-000), ul. prof. M. Raciborskiego 2A, adres do korespondencji: 83- 000 Pruszcz Gdański ul. prof. M. Raciborskiego 2A z dopiskiem IOD.
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: [iod@pogotowiepruszcz.pl](mailto:iod@pogotowiepruszcz.pl)
3. Celem przetwarzania Pana/i danych osobowych jest przeprowadzenie procesu konkursu ofert na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 711).
4. W przypadku pozytywnego przejścia procedury konkursu ofert Pana/i dane osobowe będą udostępnione podmiotowi działającemu na rzecz Administratora danych osobowych w zakresie działania systemu SWD PRM, w pozostałych przypadkach Pana/i dane osobowe nie będą udostępniane odbiorcom w rozumieniu art. 4 pkt 9 **RODO.**
5. Pana/i dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania procedury konkursu ofert a po jego zakończeniu zostaną usunięte zgodnie z art. 5 ust. 1 lit. e) RODO.
6. Ma Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania. Prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania przysługuje Panu/i w przypadku danych przetwarzanych bezpodstawnie.
7. Ma Pan/i prawo wniesienia skargi do polskiego organu nadzorczego lub organu nadzorczego innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, właściwego ze względu na miejsce Pan/i zwykłego pobytu.
8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 711) oraz ustawy z dnia 8 września 2008 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 882).
9. Podanie danych osobowych jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku ich niepodania zawarcie umowy jest niemożliwe.
10. Pana/i dane nie będą podlegały profilowaniu w rozumieniu art. 22 RODO.

……………………………………….. ……………………………………………..

data i miejscowość podpis oferenta