

FORMULARZ OFERTOWY 3RM/KO/2024

„Konkurs ofert uzupełniający na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki systemu, ratowników medycznych, pielęgniarki systemu/ratowników medycznych z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych w zespołach wyjazdowych lub transportowych, w Stacjach Pogotowia Ratunkowego należących do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Rejonowego Pogotowia Ratunkowego w Sosnowcu”

Nr oferty:

Wypełnia Zamawiający

1. Dane oferenta

Nazwa działalności gospodarczej:		
Imię:		Nazwisko:
PESEL:	NIP:	REGON:
Adres działalności gospodarczej:		
Adres (do korespondencji) lub jw.:		
E-mail (wymagany):		
Telefon:	Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	

2. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych jako (zaznaczyć krzyżykiem):

<input type="checkbox"/>	ratownik medyczny/pielęgniarka systemu w zespole wyjazdowym
<input type="checkbox"/>	ratownik medyczny/pielęgniarka systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych

3. Wymagania – potwierdzone dokumentami, które oferent uwierzytelnia za zgodność z oryginałem:

Wydruk z CEIDG	Strona
Kserokopia polisy ubezpieczeniowej	Strona
PWZ	Strona
Aktualne zaświadczenie lekarskie/ orzeczenie lekarskie potwierdzające zdolność do wykonywania przedmiotu umowy	Strona
Dyplom potwierdzający kwalifikacje	Strona

4. Wymagania dla ratownika medycznego/pielęgniarki systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych

Prawo jazdy kategorii B i C	Strona
Uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych B i C	Strona

5. Część kwalifikacyjna (sposób oceny ofert opisany w szczegółowych warunkach konkursu ofert)

Kwalifikacje zawodowe:

Doświadczenie zawodowe w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, lub podmiotach udzielających świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne. (Załącznik nr 1 do oferty)			 lat
(Punkt oceniany: powyżej 5 lat – 6 pkt, 3 lata do 5 lat włącznie – 4 pkt, poniżej 3 lat – 2 pkt, brak/nie wpisano – 0 pkt)				
Ratownik medyczny		lub	Pielęgniarka systemu	
Kurs BLS AED - potwierdzenie na str.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (2pkt)		Specjalizacje:	
Kurs ALS (ACLS) - potwierdzenie na str.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (2pkt)		1.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (4pkt)
Kurs ITLS (PHTLS) - potwierdzenie na str.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (2pkt)		2.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (4pkt)
Kurs EPLS (PALS) - potwierdzenie na str.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (2pkt)		potwierdzenie na str.....	

6. Cena świadczenia zdrowotnego : Cena za 1 godzinę:

za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez **ratowników medycznych i pielęgniarki systemu**, w zespołach wyjazdowych w dni powszednie, w niedziele i święta – 50,00 zł

za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez **pielęgniarki systemu/ratowników medycznych z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych**, w zespołach wyjazdowych na stanowisku kierowcy ZRM w dni powszednie, w niedziele i święta – 50,00 zł

za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez **ratowników medycznych/pielęgniarki systemu, ratowników medycznych/pielęgniarki systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych**, w zespołach transportowych w dni powszednie, w niedziele i święta – 45,00 zł

7. Deklarowana liczba dyżurów w miesiącu:

..... ilość dyżurów

8. Preferowane miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych:

(miejsce i czas udzielania świadczeń będzie wynikać z potrzeb Zamawiającego, z uwzględnieniem obszaru działania Zamawiającego)

Rejon Operacyjny Zachodni (Będzin, Jaworzno, Sosnowiec)	
Rejon Operacyjny Wschodni (Dąbrowa Górnicza, Zawiercie)	

9. Oświadczenia:

WARUNKI KONKURSU: Oświadczam, że zapoznałem/am się ze Szczegółowymi warunkami konkursu ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

UMOWA: Oświadczam, że zapoznałem/am się z projektem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i akceptuję jej postanowienia bez zastrzeżeń, oraz zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wskazanym przez Zamawiającego.

UBEZPIECZENIE: W przypadku gdy okres ubezpieczenia objęty polisą złożoną do konkursu upłynie w czasie trwania umowy, zobowiązuję się do kontynuacji polisy i niezwłocznego dostarczenia Zamawiającemu kserokopii nowej polisy w celu dołączenia do dokumentacji Zamawiającego.

ZDOLNOŚĆ DO CZYNNOŚCI PRAWNYCH: Oświadczam, że korzystam z pełni praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

***JĘZYK POLSKI:** Oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu ratownika medycznego.

.....
(data, podpis oferenta, pieczęć)

*Wymóg złożenia oświadczenia oznaczonego gwiazdką, nie dotyczy osoby, która ukończyła studia wyższe na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne lub studia w zakresie ratownictwa medycznego, prowadzone w języku polskim lub publiczną szkołę policealną lub niepubliczną szkołę policealną o uprawnieniach szkoły publicznej, kształcąca w języku polskim.

Załącznikami do oferty są:

- Aktualny odpis/wydruk z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej lub oświadczenie;
- Aktualne orzeczenie lekarskie/zaświadczenie lekarskie potwierdzające zdolność do wykonywania przedmiotu umowy;
- Kopia prawa jazdy;
- Kopia zezwolenia na kierowanie pojazdami uprzywilejowanymi;
- Kopia aktualnej Karty Doskonalenia Zawodowego* dotyczy wyłącznie ratowników medycznych;
- Kopia dyplomu potwierdzająca kwalifikacje/zaświadczenie o odbytych studiach;
- PWZ;
- Kopia polisy OC lub oświadczenie;
- Podpisana Klauzula RODO (Załącznik 2 do oferty).

Inne dokumenty (nie wymienione w ofercie)

1.
2.
3.
4.
5.

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 36 ust. 5 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j.: Dz. U. 2023, poz. 1541)

POSIADAM

NIE POSIADAM

Doświadczenie/a w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w:

	<i>Nazwa</i>	<i>Okres od - do</i>
zespole ratownictwa medycznego		
zespole ratownictwa medycznego		
zespole ratownictwa medycznego		
zespole ratownictwa medycznego		
szpitalnym oddziale ratunkowym		
szpitalnym oddziale ratunkowym		

 miejscowość i data

 czytelny podpis oferenta