

FORMULARZ OFERTOWY 8MO/KO/2026

„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki systemu/pielęgniarzy systemu/ratowniczek medycznych/ratowników medycznych spełniających warunki ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tj.: Dz. U. z 2026 r., poz. 141) i posiadających uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych kategorii A w motocyklowych jednostkach ratowniczych w Stacjach Pogotowia Ratunkowego należących do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Rejonowego Pogotowia Ratunkowego w Sosnowcu”

Nr oferty:

Wypełnia Zamawiający

1. Dane oferenta/oferentki

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

2. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych jako:

pielęgniarka systemu/pielęgniarz systemu/ratowniczek medyczna/ratownik medyczny* spełniająca/y warunki ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym i odpowiednio ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położonej lub ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, oraz posiadający uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych kategorii A – motocyklowych jednostek ratowniczych
*niewłaściwe skreślić

3. Łączna miesięczna deklarowana liczba godzin wynosi

4. Oświadczam, że do niniejszej oferty załączam uwierzytelnione za zgodność z oryginałem dokumenty:
(NALEŻY ZAZNACZYĆ KRZYŻYKIEM DOKUMENTY DOŁĄCZONE DO OFERTY)

	Kopię dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe (dyplom)	UWAGA: brak dokumentów lub złożenie oświadczenia o ich dostarczeniu w terminie późniejszym skutkuje <u>odrzuconiem oferty</u>
	Kserokopia prawa wykonywania zawodu	
	Aktualny odpis/wydruk z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej	
	Kopia polisy/polis OC	
	Aktualne orzeczenie/zaświadczenie lekarskie potwierdzające zdolność do wykonywania przedmiotu umowy	
	Kserokopia prawa jazdy kat. A	
	Kserokopia zezwolenia na kierowanie pojazdami uprzywilejowanymi kat. A	
	Kserokopia pierwszej strony książeczki doskonalenia zawodowego	

	<p>Oświadczenie o uzyskaniu uprawnień zawodowych w roku prowadzenia postępowania konkursowego oraz zobowiązanie do dostarczenia aktualnej karty ustawicznego rozwoju zawodowego ratownika medycznego niezwłocznie po jej otrzymaniu - Załącznik nr 5 do oferty</p>	
	<p>Dokument potwierdzający dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego w poprzednim okresie edukacyjnym</p>	
	<p>Informacja o oferencie z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu Karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu Karnego oraz ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego (<i>podstawa prawna: art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich</i>),</p>	
	<p><i>w przypadku posiadania przez oferenta obywatelstwa innego państwa niż Rzeczpospolita Polska - Informacja z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi (podstawa prawna: art. 21 ust. 4 ustawy z dnia 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich),</i></p>	
	<p>*Oświadczenie o państwie lub państwach, w których oferent zamieszkiwał/a w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa (<i>podstawa prawna: art. 21 ust. 5 ustawy z dnia 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich</i>) – Załącznik nr 3 do oferty</p>	
	<p><i>w przypadku zamieszkiwania w państwie lub państwach w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa - Informacje z rejestrów karnych państw, w których oferent zamieszkiwał/a w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi (podstawa prawna: art. 21 ust. 5 ustawy z dnia 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich),</i></p>	
	<p><i>*w przypadku gdy prawo państwa, z którego ma być przedłożona informacja, o której mowa powyżej, nie przewiduje jej sporządzenia lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego, oferent składa Oświadczenie o tym fakcie wraz z Oświadczeniem, że nie był/a prawomocnie skazana w tym państwie za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec niego/niej innego orzeczenia, w którym stwierdzono, że dopuścił/a się takich czynów zabronionych, oraz że nie ma obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych</i></p>	

	zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi (<i>podstawa prawna: art. 21 ust. 7 ustawy z dnia 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich</i>) – Załącznik nr 4 do oferty,	
	Podpisana Klauzula RODO - Załącznik 2 do oferty.	
	Kwestionariusz Polityka Ochrona Dzieci zgodnie z art. 21 ust. 2 w zw. z ust. 1 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (tj. Dz. U. z 2026 r., poz. 110) – Załącznik nr 6 do oferty	
	Oświadczenie dot. prawa wykonywania zawodu ratownika medycznego – Załącznik nr 7 do oferty	

Oświadczenia oznaczone *, oferent składa pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Oferent jest obowiązany/a do zawarcia w każdym oświadczeniu klauzuli następującej treści: "**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**". Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (*podstawa prawna: art. 21 ust. 8 ustawy z dnia 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich*).

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

1. 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 i transport sanitarny (Załącznik nr 1 do oferty)	
Punkt oceniany:	
a. powyżej 5 lat – 6 pkt, lat
b. 3 lata do 5 lat włącznie – 4 pkt,	
c. poniżej 3 lat – 2 pkt,	
d. brak/nie wpisano – 0 pkt.	
2. Wykształcenie:	
a. Średnie medyczne (policealne) – 2 pkt,	
b. Wyższe I stopnia (licencjat) – 5 pkt.	
3. Wykonanie obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego w poprzednim okresie edukacyjnym:	
a. wykonany – 4 pkt,	
b. niepodleganie obowiązkowi ustawicznego rozwoju zawodowego ze względu na niezakończony pierwszy okres edukacyjny (w trakcie) – 1 pkt,	
c. Niewykonany – 0 pkt,	

6. Cena świadczenia zdrowotnego:

za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki systemu/pielęgniarzy systemu/ratowniczkę medyczne/ratowników medycznych spełniających warunki ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym i posiadających uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych kategorii A – motocyklowe jednostki ratownicze, w dni powszednie, w niedziele i święta wynosi **62,00 zł**.

Za posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych kategorii A Wykonawcy przysługuje dodatkowe wynagrodzenia za każdą godzinę pracy w motocyklowej jednostce ratowniczej w wysokości 30% stawki godzinowej.

7. 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 i miejscu wskazanych 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/pielęgniarki systemu.

.....
(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.*

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 36 ust. 5 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym:

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		
.....		

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis oferenta

**Klauzula w związku z postępowaniem konkursowym na realizację świadczeń medycznych
INFORMACJA
O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Rejonowe Pogotowie Ratunkowe w Sosnowcu, ul. Kombajnistów 76, 41-200 Sosnowiec, adres e-mail: sekretariat@rprsosnowiec.pl, tel. 323636032.
2. W sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez Administratora można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych na adres e-mail: ojom@rprsosnowiec.pl lub za pośrednictwem poczty tradycyjnej na adres siedziby Administratora.
3. Jeżeli Pani/Pana dane osobowe nie zostały przekazane Administratorowi bezpośrednio, otrzymał je od Wykonawcy w imieniu, którego Pani/Pan działa w zakresie niezbędnym do zrealizowania postępowania ofertowego.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:
 - 1) przekazania Pani/Panu zaproszenia do składania ofert na wykonanie usługi, ich analizy i wyboru najkorzystniejszej, opublikowania wyniku dokonanego wyboru na stronach internetowych Administratora (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e RODO),
 - 2) przeprowadzenia weryfikacji wymogów ustawowych do pracy z dziećmi poprzez sprawdzenie w Rejestrze Sprawców Przepięwstw na Tle Seksualnym, pozyskanie informacji z KRK, oświadczenia o zamieszkiwaniu, a w przypadku cudzoziemców również oświadczenia do celów działalności, ewentualnie oświadczenia o braku rejestru, jeżeli w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO)
 - 3) ewentualnego dochodzenia lub obrony przed roszczeniami w związku ze złożonymi ofertami (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO).
5. Pani/Pana dane mogą być udostępnione innym podmiotom uprawnionym z mocy prawa. Ponadto Pani/Pana dane mogą być także udostępnione lub powierzone innym podmiotom na podstawie zawartych umów w związku z koniecznością dostarczenia usług np. teleinformatycznych, prawnych, doradczych czy wynikających z konieczności profesjonalnego niszczenia dokumentacji.
6. Pani/Pana dane osobowe związane z przedstawioną ofertą będą przetwarzane przez okres 5 lat od dnia dokonania wyboru.
7. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych ma Pani/Pan prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania (poprawiania), prawo do żądania ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo do sprzeciwu.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi na realizowane przez Administratora przetwarzanie Pani/Pana danych do Prezesa UODO (uodo.gov.pl).
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu lub zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
10. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do złożenia oferty. Podanie danych wynikających z przepisu prawa jest konieczne i niezbędne dla możliwości dopuszczenia do pracy z dziećmi.

.....
(data i miejscowość)

.....
(Podpis osoby, której dane dotyczą)

OŚWIADCZENIE O KRAJACH ZAMIESZKANIA

Ja,
(imię i nazwisko)

PESEL (lub inny nr dokumentu w przypadku braku nadanego PESEL).....

oświadczam, że:

- w okresie ostatnich 20 lat mieszkałem/am tylko w Rzeczypospolitej Polskiej i państwie obywatelstwa;
- w okresie ostatnich 20 lat mieszkałem/am w następujących państwach, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa:

- 1),
- 2),
- 3),

oraz składam w załączeniu informację z rejestrów karnych tych państw uzyskaną do celów działalności zawodowej związanej z kontaktami z dziećmi.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(miejsowość i data złożenia oświadczenia)

.....
(czytelny podpis)

OŚWIADCZENIE O NIEKARALNOŚCI

Ja,
(imię i nazwisko)

PESEL (lub inny nr dokumentu w przypadku braku nadanego PESEL).....

oświadczam, że w państwie.....
(nazwa państwa)

nie jest prowadzony rejestr karny/ nie wydaje się informacji z rejestru karnego (**wykreśl niewłaściwe**).

Oświadczam, że nie byłem/am prawomocnie skazany/a w państwie
(nazwa państwa)

za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym:

- w Rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego,
- w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego,
- w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii,

oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, że dopuściłem/am się takich czynów zabronionych oraz że nie nałożono na mnie obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy, stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(miejsowość i data złożenia oświadczenia)

.....
(czytelny podpis)

Podstawa prawna: art. 21 ust. 7 i 8 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.

.....
(miejsowość i data)

.....
Nazwa oferenta/pieczętka

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że uprawnienia zawodowe uzyskałem w roku prowadzenia postępowania konkursowego oraz zobowiązuję się do dostarczenia aktualnej Karty Ustawicznego Rozwoju Zawodowego Ratownika Medycznego zgodnie z Ustawą z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych niezwłocznie po jej otrzymaniu.

.....
(data i czytelny podpis oferenta)

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ZATRUDNIENIE NA STANOWISKU LEKARZA /LEKARKI SYSTEMU, PIEŁĘGNIARKI/PIEŁĘGNIARZA SYSTEMU, RATOWNIKA MEDYCZNEGO/RATOWNICZKI MEDYCZNEJ, RATOWNIKA KPP/RATOWNICZKI KPP, KIEROWCY/KIEROWCZYNI

Kwestionariusz jest wymagany w celu uzyskania informacji zamieszczonych w Rejestrze Sprawców Przepędzonych na Tle Seksualnym zgodnie z art. 21 ust. 2 w zw. z ust. 1 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (tj. Dz. U. z 2026 r., poz. 110).

Dane osobowe:

1. Imię i nazwisko:
2. PESEL:
3. Nazwisko rodowe:
4. Imię ojca:
5. Imię matki:

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis)

Oświadczenie oferenta o prawie wykonywania zawodu ratownika medycznego/ratowniczkę medycznej

Jestem świadomy/a ciężącego na mnie obowiązku złożenia wniosku o wydanie prawa wykonywania zawodu ratownika medycznego i o wpis do rejestru ratowników medycznych, czyli obowiązku formalnego potwierdzenia prawa wykonywania zawodu, w terminie do dnia 11 stycznia 2029 r., pod rygorem rozwiązania umowy przez Zamawiającego bez zachowania okresu wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym.

Jestem także świadomy/a, że do dnia 11 stycznia 2029 r. mogę wykonywać zawód ratownika medycznego bez uzyskania dokumentu "Prawo wykonywania zawodu ratownika medycznego" oraz bez wpisu do rejestru ratowników medycznych, a po upływie wskazanego terminu - pod warunkiem złożenia przeze mnie wniosku o wydanie prawa wykonywania zawodu ratownika medycznego i o wpis do rejestru ratowników medycznych.

Na żądanie Zamawiającego, jestem zobowiązany do przedłożenia niezwłocznie potwierdzenia złożenia wniosku, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, pod rygorem uznania, że nie mogę wykonywać zawodu ratownika medycznego.

.....
(data i czytelny podpis oferenta)