FORMULARZ OFERTOWY 12RM/KO/2026

„Konkurs ofert uzupełniający na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki systemu/pielęgniarzy systemu, ratowników medycznych/ratowniczki medyczne, pielęgniarki systemu/pielęgniarzy systemu/ratowników medycznych/ratowniczki medyczne 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/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 (zaznaczyć krzyżykiem):**

	ratownik medyczny/pielęgniarka systemu w zespole wyjazdowym
	ratownik medyczny/pielęgniarka systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych

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) lub zaświadczenie o ukończeniu studiów wraz z oświadczeniem o niezwłocznym dostarczeniu po otrzymaniu dyplomu	**UWAGA: brak dokumentów lub złożenie oświadczenia o ich dostarczeniu w terminie późniejszym skutkuje <u>odrzuceniem 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 lekarskie/zaświadczenie lekarskie potwierdzające zdolność do wykonywania przedmiotu umowy	
	Kserokopia prawa jazdy ***(dot. oferentów posiadających uprawnienie do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych)**	
	Kserokopia zezwolenia na kierowanie pojazdami uprzywilejowanymi ***(dot. oferentów posiadających uprawnienie do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych)**	

	Kserokopia pierwszej strony książeczki doskonalenia zawodowego	
	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	
	Dokument potwierdzający dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego w poprzednim okresie edukacyjnym	
	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 *(podstawa prawna: art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich*),	
	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*),	
	*****Oświadczenie o państwie lub państwach, w których oferent zamieszkiwał/a w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa (*podstawa prawna: art. 21 ust. 5 ustawy z dnia 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich*) – **Załącznik nr 3 do oferty**	
	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*),	
	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 zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi (*podstawa prawna: art. 21 ust. 7 ustawy z dnia 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich*) – **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 2024 r., poz. 1802) – **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,** **b. 3 lata do 5 lat włącznie – 4 pkt,** **c. poniżej 3 lat – 2 pkt,** **d. brak/nie wpisano – 0 pkt.**	**….…..... lat**
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 **ratowników medycznych i pielęgniarki systemu**, w zespołach wyjazdowych w dni robocze, niedziele i święta	67,50 zł
za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez **pielęgniarki systemu/ratowników medycznych z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych**, w zespołach wyjazdowych w dni robocze, niedziele i święta	67,50 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 robocze, niedziele i święta	67,50 zł

7. **Preferowane miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych: (miejsce i czas udzielania świadczeń będzie wynikać z potrzeb Zamawiającego w ramach obszaru działania operacyjnego Zamawiającego)**

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

8. **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, kształcącą w języku polskim.*

Załącznik nr 1 do oferty

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:

	Nazwa	*Okres od - do*
zespole ratownictwa medycznego		
zespole ratownictwa medycznego		
zespole ratownictwa medycznego		
zespole ratownictwa medycznego		
szpitalnym oddziale ratunkowym		
szpitalnym oddziale ratunkowym		
……		

…….. ……..
miejscowość i data *czytelny podpis oferenta*

Załącznik Nr 2 do oferty

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 Przestępstw na Tle Seksualnym, pozyskanie informacji z KRK, oświadczenia o zamieszkaniu, 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)*

Załącznik nr 3 do oferty

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.

……..…… ……
(*miejscowość i data złożenia oświadczenia)* *(czytelny podpis)*

Załącznik nr 4 do oferty

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.

……..…… ……
(*miejscowość 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.

Załącznik nr 5 do oferty

…….
(miejscowość i data)

……..
Nazwa oferenta/pieczątka

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)

Załącznik nr 6 do oferty

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

Kwestionariusz jest wymagany w celu uzyskania informacji zamieszczonych w Rejestrze Sprawców Przestępstw 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 2024 r., poz. 1802).

Dane osobowe:

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

…….. ……..

(miejscowość i data) (czytelny podpis)

Załącznik nr 7 do oferty

Oświadczenie oferenta o prawie wykonywania zawodu ratownika medycznego/ratowniczki medycznej

Jestem świadomy/a ciążącego 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)