

**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
PRZEZ RATOWNIKA MEDYCZNEGO/ PIELĘGNIARKE SYSTEMU**

W ZESPOŁACH RATOWNICTWA MEDYCZNEGO MSPR Gdynia

1. Dane oferenta

NAZWA OFERENTA (zgodnie z CEIDG)	
ADRES PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ	
ADRES KORRESPONDENCYJNY	
PESEL	
NIP	
REGON	
NR TEL.	
ADRES E- MAIL	
NAZWA BANKU, NR KONTA	

2. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych jako:

Ratownik medyczny/ pielęgniarka systemu- kierownik podstawowego ZRM	
Ratownik medyczny/ pielęgniarka systemu- członek ZRM/kierowca z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych	
Ratownik medyczny/ pielęgniarka systemu- członek specjalistycznego ZRM	

*właściwe oznaczyć X (jedna lub więcej pozycji)

3. Proponuję zryczałtowaną stawkę za 1 godzinę pracy:

Udzielanie świadczeń medycznych jako ratownik medyczny/ pielęgniarka systemu w zespołach ratownictwa medycznego S/P	zł.
Udzielanie świadczeń medycznych jako ratownik medyczny/ pielęgniarka systemu podczas zabezpieczeń imprez masowych	zł.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do podjęcia negocjacji z oferentami w zakresie oferowanej ceny.

4. Oświadczenie dotyczące liczby godzin:

Minimalna liczba godzin wymagana przez Udzielającego Zamówienia 60 godz./miesięcznie.

Oświadczam, że w przypadku nawiązania współpracy jestem gotowy/gotowa do udzielania świadczeń zdrowotnych w następującej liczbie godzin w wymiarze miesięcznym:	
---	--

5. Do oferty załączam (zaznaczyć X):

<input type="checkbox"/> kopię dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe
<input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie lub oświadczenie o dostarczeniu po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego
<input type="checkbox"/> prawo wykonywania zawodu- dot. pielęgniarstwa systemu
<input type="checkbox"/> kopię kursu kwalifikacyjnego/ specjalizacji pielęgniarstwa systemu
<input type="checkbox"/> kopia polisy ubezpieczeniowej OC ratownika/ pielęgniarstwa systemu lub oświadczenie o jej dostarczeniu po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego
<input type="checkbox"/> kopia polisy ubezpieczeniowej OC kierowcy lub oświadczenie o jej dostarczeniu po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego
<input type="checkbox"/> wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej lub oświadczenie o założeniu działalności gospodarczej po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego
<input type="checkbox"/> zaświadczenie o przeszkoleniu w zakresie BiHP i P/pož.
<input type="checkbox"/> kopię prawa jazdy
<input type="checkbox"/> kopię pozwolenia na prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych
<input type="checkbox"/> kopię aktualnej Karty Doskonalenia Zawodowego ratownika med.
<input type="checkbox"/> kopia certyfikatu ALS/ACLS certyfikowanego przez ERC/AHA
<input type="checkbox"/> certyfikatu EPLS/PALS/NLS certyfikowanego przez ERC/AHA
<input type="checkbox"/> certyfikatu ITLS/ETC/PHTLS

6. Oświadczam że:

- a) będąc świadomym konsekwencji wynikających z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane w pkt. 1 dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym,
- b) przyjmuję warunki umowy (projekty umowy stanowi załącznik do specyfikacji konkursu ofert),
- c) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu ofert.

Data

Podpis oferenta

Oświadczenie dotyczące stażu pracy (zaznaczyć X)

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 36 ust. 5 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006, nr 191, poz. 1410 ze zm.)

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

Podpis oferenta

7. Klauzula RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gdyni Samodzielny Publiczny Zakłady Opieki Zdrowotnej** wpisany do Rejestru Stowarzyszeń, innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000011428 (dalej MSPR),
2. Inspektorem ochrony danych w MSPR jest Anna Zalesińska, adres mailowy: iod@pogotowie.gdynia.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia procesu konkursu na udzielanie świadczeń, zawarcia umowy oraz rozliczeń księgowych realizowanych w MSPR.

4. Dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż uprawnione na mocy przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego;
6. Po zawarciu umowy Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat po zakończeniu umowy (licząc od roku następnego), w przypadku braku nawiązania współpracy Pani/Pana dane będą przechowywane przez 6 miesięcy.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pani/Pan zobowiązany do ich podania, konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożliwość zatrudnienia.
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą podlegały profilowaniu.

Data

Podpis oferenta