



Data wystawienia opinii .....

Imię, nazwisko Oferenta .....

<b>OPINIA O JAKOŚCI ŚWIADCZONYCH USŁUG MEDYCZNYCH PRZEZ OFERENTA W ZAKRESIE RATOWNIK MEDYCZNY / PIELĘGNIARKA SYSTEMU PRM Z UPRAWNIENIAMI DO PROWADZENIA POJAZDÓW UPRIWILEJOWANYCH</b>			
<b>ZAKRES OCENY</b>	<b>Opinia pozytywna oznaczyć X</b>	<b>Opinia negatywna oznaczyć X</b>	<b>Nie dotyczy oznaczyć X</b>
Brak kolizji drogowych w ostatnich 2 latach ambulansem z winy Przyjmującego Zamówienie (1 pkt)			
Wykonywanie zawodu z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej (1 pkt)			
Umiejętność pracy w zespole (1 pkt)			
Prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej (1 pkt)			
Przestrzeganie dyscypliny czasu wyjazdu ZRM* (1 pkt)			
Prawidłowe wypełnianie zapisów umowy udzielanych świadczeń medycznych (1 pkt)			
Brak uzasadnionych skarg pacjentów na udzielane świadczenia medyczne (1 pkt)			
Prawidłowe udzielanie świadczeń medycznych w charakterze kierownika ZRM (1 pkt)			
Przestrzeganie instrukcji i procedur wewnętrznych (1 pkt)			

**Maksymalna liczba punktów- 9**

\*zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego

Opinię wystawił:

.....  
nazwa podmiotu leczniczego

.....  
Imię, nazwisko (pieczęć, podpis) bezpośredniego przełożonego  
/ osoby upoważnionej do wydania opinii



**MIEJSKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W GDYNI**  
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
81-394 Gdynia, ul. Żwirki i Wigury 14

---