

.....
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.....
Adres podmiotu, **czytelnie telefon, czytelnie adres e-mail**

.....
Rodzaj rejestru, NIP, REGON

Oferta
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zespołach ratownictwa medycznego Pogotowia Ratunkowego Szpitala
Powiatowego w Chrzanowie
(stacje: Chrzanów, Wygiełzów, Libiąż, Trzebinia)
przez ratowników medycznych, ratowników medycznych- kierowców,
pielęgniarki/pielęgniarzy systemu, pielęgniarki/pielęgniarzy systemu-kierowców.

**CZEŚĆ PRZEZNACZONA DLA OFERENTÓW WYKAZUJĄCYCH JEDNĄ OSOBĘ DO
REALIZACJI ŚWIADCZEŃ (W TYM PRZEDSIĘBIORCÓW PROWADZĄCYCH
JEDNOOSOBOWĄ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ)**

1. Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zespołach wyjazdowych Pogotowia Ratunkowego Szpitala Powiatowego w Chrzanowie (stacje: Chrzanów, Wygiełzów, Libiąż, Trzebinia) jako: (zaznaczyć **jedno** pole znakiem „X”)

Osoba z doświadczeniem w pracy w zespołach ratownictwa medycznego, lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych powyżej 5000 h w ciągu ostatnich 5 lat oraz uprawnieniem do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych	
Osoba z doświadczeniem w pracy w zespołach ratownictwa medycznego, lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych powyżej 5000 h w ciągu ostatnich 5 lat bez posiadania uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych	
Osoba posiadająca uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych bez posiadania doświadczenia w pracy w zespołach ratownictwa medycznego, lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych powyżej 5000 h w ciągu ostatnich 5 lat	
Osoba bez doświadczenia w pracy w zespołach ratownictwa medycznego, lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych powyżej 5000 h w ciągu ostatnich 5 lat oraz bez posiadania uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych	

2. Za realizację świadczeń zdrowotnych w dni robocze, soboty, niedziele i święta oczekuję wynagrodzenia w kwocie ... zł brutto za 1 (jedną) przepracowaną godzinę (kwota zawiera 30% dodatek wyjazdowy za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zespołach Wyjazdowych).

3. Do oferty dołączono dokumenty (zaznaczyć dołączone dokumenty):

Lp.	Dokumenty	Należy zaznaczyć znakiem „X” dołączone dokumenty
1.	Aktualny odpis z właściwego rejestru, albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej lub wypis z rejestru podmiotów leczniczych oraz wyciąg z KRS. – ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY	
2.	Dokumenty potwierdzające posiadanie kwalifikacji. W przypadku ratowników medycznych – ZAŁĄCZNIKI OBOWIĄZKOWE DLA RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH – wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
a	dyplom potwierdzający posiadanie kwalifikacji	
b	ostatnia strona karty doskonalenia zawodowego z potwierdzeniem zaliczenia poprzedniego okresu edukacyjnego lub zaświadczenie potwierdzające zaliczenie poprzedniego okresu edukacyjnego wydane przez właściwy urząd wojewódzki lub zaświadczenie potwierdzające zaliczenie poprzedniego okresu edukacyjnego wydane przez pracodawcę (zaświadczenia wydane przez pracodawcę będą honorowane tylko w przypadku okresów edukacyjnych zakończonych najpóźniej 31.12.2018 r.)	
c	pierwsza strona aktualnej karty doskonalenia zawodowego (dotyczy tylko osób realizujących pierwszy okres edukacyjny)	
	W przypadku pielęgniarek/pielęgniarzy – ZAŁĄCZNIKI OBOWIĄZKOWE DLA PIELEŃNIAREK/PIELEŃNIARZY – wymagane kserokopie opisane klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
d	prawo wykonywania zawodu	
e	dyplom posiadanej specjalizacji (jeżeli Oferent ją posiada)	
f	zaświadczenie o rozpoczęciu specjalizacji (jeżeli Oferent ją odbywa)	
g	zaświadczenie o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego (jeżeli Oferent go ukończył) wraz z zaświadczeniem o posiadanym stażu zgodnie z zapisami art. 3 pkt. 6 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym	
3.	Aktualne badania lekarskie na stanowisko ratownika medycznego/pielęgniarki systemu – ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY – wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
4.	Aktualna polisa OC i NNW – ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY	
5.	Pozwolenie na kierowanie pojazdami uprzywilejowanymi, wydane przez właściwy organ (dotyczy ratownika medycznego - kierowcy, pielęgniarki/pielęgniarza systemu – kierowcy). – ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY DLA KIEROWCÓW – wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem”	

6.	Zaświadczenie o posiadanym doświadczeniu w pracy w zespołach ratownictwa medycznego, lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych wyrażone w przepracowanej liczbie godzin w ciągu ostatnich 4 lat i w ciągu ostatnich 5 lat – ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY DLA OFERENTÓW POSIADAJĄCYCH DOŚWIADCZENIE POWYŻEJ 5000 H W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT	
7.	Kserokopie ważnych dokumentów świadectw wymienionych poniżej – ZAŁĄCZNIKI NIEOBOWIĄZKOWE – wymagane kserokopie opisane klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
a	Certyfikat ERC ALS lub równoważny	
b	Certyfikat ERC EPALS lub równoważny	
c	Certyfikat ERC NLS lub równoważny	
d	Certyfikat ERC ETC/ITLS lub równoważny	
e	Certyfikat stosowania ultrasonografii w ZRM	
8.	Zaświadczenie o zachowanej ciągłości pracy polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespołach ratownictwa medycznego, lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych, dyspozytorni medycznej w ciągu ostatnich 6 miesiącach lub zaświadczenie o przepracowaniu min. 500 h w ostatnich 6 miesiącach ZAŁĄCZNIK NIEOBOWIĄZKOWY	
9.	Oświadczenie Oferenta - ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY	

4. Składam następującą deklarację swojej dyspozycyjności, która w miarę potrzeb Zamawiającego będzie egzekwowana. Deklaruję świadczenie liczby godzin pracy na (zaznaczyć właściwe pole znakiem „X”):

24-48 godzin miesięcznie	
49-96 godzin miesięcznie	
97-184 godzin miesięcznie	
powyżej 185 godzin miesięcznie	

5. Oświadczam, że zapoznałam (-em) się z treścią ogłoszenia o Konkursie ofert, Regulaminem przeprowadzania Konkursu ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....
miejsce i data

.....
podpis Oferenta,
bądź osoby upoważnionej

CZEŚĆ PRZEZNACZONA DLA OFERENTÓW WYKAZUJĄCYCH WIĘCEJ NIŻ JEDNĄ OSOBĘ DO REALIZACJI ŚWIADCZEŃ (NP. PODMIOTÓW LECZNICZYCH)

1. Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zespołach wyjazdowych Pogotowia Ratunkowego Szpitala Powiatowego w Chrzanowie (stacje: Chrzanów, Wygiełzów, Libiąż, Trzebinia).
2. **Za realizację świadczeń zdrowotnych w dni robocze, soboty, niedziele i święta oczekuję wynagrodzenia w kwocie ... zł brutto za 1 (jedną) przepracowaną godzinę każdej wskazanej osoby (kwota zawiera 30% dodatek wyjazdowy za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zespołach Wyjazdowych).**
3. Do oferty dołączono dokumenty podmiotu leczniczego (zaznaczyć dołączone dokumenty):

Lp.	Dokumenty	Należy zaznaczyć znakiem „X” dołączone dokumenty
1.	Aktualny odpis z właściwego rejestru, albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej lub wypis z rejestru podmiotów leczniczych oraz wyciąg z KRS. – ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY	
2.	Oświadczenie Oferenta – ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY	
3.	Wykaz osób wraz dokumentami potwierdzającymi deklarowane informacje przez Oferenta	

4. Wykaz osób:

Lp.	Imię i Nazwisko
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
...	

5. Do każdej powyżej wskazanej osoby należy dołączyć poniższy uzupełniony formularz, a za nim dokumenty potwierdzające deklarowane informacje zawarte w formularzu. (zaznaczyć dołączone dokumenty):

Lp.	Dokumenty	Należy
-----	-----------	--------

 (imię i nazwisko)	zaznaczyć znakiem „X” dołączone dokumenty
2.	Dokumenty potwierdzające posiadanie kwalifikacji.	
	W przypadku ratowników medycznych – ZAŁĄCZNIKI OBOWIĄZKOWE DLA RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH – wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
a	dypłom potwierdzający posiadanie kwalifikacji	
b	ostatnia strona karty doskonalenia zawodowego z potwierdzeniem zaliczenia poprzedniego okresu edukacyjnego lub zaświadczenie potwierdzające zaliczenie poprzedniego okresu edukacyjnego wydane przez właściwy urząd wojewódzki lub zaświadczenie potwierdzające zaliczenie poprzedniego okresu edukacyjnego wydane przez pracodawcę (zaświadczenia wydane przez pracodawcę będą honorowane tylko w przypadku okresów edukacyjnych zakończonych najpóźniej 31.12.2018 r.)	
c	pierwsza strona aktualnej karty doskonalenia zawodowego (dotyczy tylko osób realizujących pierwszy okres edukacyjny)	
	W przypadku pielęgniarek/pielęgniarzy – ZAŁĄCZNIKI OBOWIĄZKOWE DLA PIEŁĘGNIAREK/PIEŁĘGNIARZY – wymagane kserokopie opisane klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
d	prawo wykonywania zawodu	
e	dypłom posiadanej specjalizacji (jeżeli Oferent ją posiada)	
f	zaświadczenie o rozpoczęciu specjalizacji (jeżeli Oferent ją odbywa)	
g	zaświadczenie o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego (jeżeli Oferent go ukończył) wraz z zaświadczeniem o posiadanym stażu zgodnie z zapisami art. 3 pkt. 6 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym	
3.	Aktualne badania lekarskie na stanowisko ratownika medycznego/pielęgniarki systemu – ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY – wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
4.	Aktualna polisa OC i NNW – ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY	
5.	Pozwolenie na kierowanie pojazdami uprzywilejowanymi, wydane przez właściwy organ (dotyczy ratownika medycznego - kierowcy, pielęgniarki/pielęgniacza systemu – kierowcy). – ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY DLA KIEROWCÓW – wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
6.	Zaświadczenie o posiadanym doświadczeniu w pracy w zespołach ratownictwa medycznego, lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych wyrażone w przepracowanej liczbie godzin w ciągu ostatnich 4 lat i w ciągu ostatnich 5 lat – ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY DLA OSÓB WIDNIEJĄCYCH NA WYKAZIE POSIADAJĄCYCH DOŚWIADCZENIE POWYŻEJ 5000 H W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT	
7.	Kserokopie ważnych dokumentów świadectw wymienionych poniżej – ZAŁĄCZNIKI NIEOBOWIĄZKOWE – wymagane kserokopie opisane klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
a	Certyfikat ERC ALS lub równoważny	
b	Certyfikat ERC EPALS lub równoważny	
c	Certyfikat ERC NLS lub równoważny	
d	Certyfikat ERC ETC/ITLS lub równoważny	
e	Certyfikat stosowania ultrasonografii w ZRM	
8.	Zaświadczenie o zachowanej ciągłości pracy polegającej na udzielaniu	

	świadczeń zdrowotnych w zespołach ratownictwa medycznego, lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych, dyspozytorni medycznej w ciągu ostatnich 6 miesiącach lub zaświadczenie o przepracowaniu min. 500 h w ostatnich 6 miesiącach ZALĄCZNIK NIEOBOWIĄZKOWY	
9.	Składam następującą deklarację dyspozycyjności, która w miarę potrzeb Udzielającego Zamówienie będzie egzekwowana. Deklaruję świadczenie liczby godzin pracy na	
a	24-48 godzin miesięcznie	
b	49-96 godzin miesięcznie	
c	97-184 godzin miesięcznie	
d	powyżej 185 godzin miesięcznie	

6. Oświadczam, że zapoznałam (-em) się z treścią ogłoszenia o Konkursie ofert, Regulaminem przeprowadzania Konkursu ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....
miejsce i data

.....
podpis Oferenta,
bądź osoby upoważnionej

Dane jednostki wystawiającej zaświadczenie

**Zaświadczenie o posiadanym doświadczeniu w pracy w zespołach ratownictwa medycznego,
lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych wyrażone
w przepracowanej liczbie godzin**

"Pani/Pan przepracował w zespołach ratownictwa medycznego/lotniczych zespołach ratownictwa medycznego/szpitalnym oddziale ratunkowym:

1. godzin w ciągu ostatnich 5 lat/minimum 5000 godzin w ciągu ostatnich 5 lat*
2. godzin w ciągu ostatnich 4 lat/minimum 5000 godzin w ciągu ostatnich 4 lat*
3. godzin w ciągu ostatnich 6 miesięcy/wykonywał pracę w ciągu każdego z ostatnich 6 miesięcy*

.....
miejsce i data

.....
podpis osoby zaświadczonej

*Uzupełnić liczbę godzin **lub** podkreślić właściwe

OŚWIADCZENIE OFERENTA

.....
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.....
Adres podmiotu, telefon, e-mail

.....
Rodzaj rejestru, NIP, REGON,

Oświadczam, że:

1. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia (w przypadku podmiotu leczniczego: oświadczam, że ratownicy medyczni, ratownicy medyczni-kierowcy, pielęgniarki/pielęgniarze, systemu, pielęgniarki/pielęgniarze systemu-kierowcy, z którymi na dzień**I**. zawarę umowy posiadają odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń objętych przedmiotem zamówienia).
2. Samodzielnie dokonuję wszelkich rozliczeń z Urzędem Skarbowym.
3. Zapoznałem się z Regulaminem Konkursu i przyjmuję jego treść bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zapoznałem się z warunkami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
6. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Organizatora Konkursu.

.....
miejsowość i data

.....
podpis Oferenta,
bądź osoby upoważnionej