

.....  
(nazwa i pieczęć oferenta)

## OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **BPR/ŚZ/06/2024** ogłoszonym przez Dyrektora Bieszczadzkiego Pogotowia Ratunkowego SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego w zespołach wyjazdowych systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz udzielanie świadczeń w ramach zabezpieczenia medycznego imprez.**

### DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA

|   |  |
|---|--|
| Nazwa Oferenta                            |  |
| Imię i nazwisko                           |  |
| REGON                                     |  |
| NIP                                       |  |
| Miejscowość                               |  |
| Kod pocztowy                              |  |
| Ulica, nr lokalu                          |  |
| Telefon kontaktowy                        |  |
| adres e-mail                              |  |
| Nr konta bankowego                        |  |
| Informacje dodatkowe<br>(np. numer PESEL) |  |

.....  
data

.....  
podpis i pieczęć Oferenta lub osoby  
upoważnionej do reprezentowania  
Oferenta

**Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych jak poniżej i proponuję:**

1. Stawkę za 1 godzinę udzielanego świadczenia przez **ratownika medycznego** w zespołach ratownictwa medycznego zlokalizowanych w powiecie brzozowskim, leskim i sanockim w wysokości :

w dni powszednie, soboty, niedziele i święta: .....zł.\*, \*\*

(słownie:.....)

*\*Do stawki godzinowej będzie dodatkowo naliczany tzw. „dodatek wyjazdowy” w wysokości 30% stawki godzinowej.*

*\*\*W przypadku powierzenia Oferentowi funkcji Kierownika Zespołu (konieczne jest potwierdzenie doświadczenia w udzielaniu świadczeń w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym, w wymiarze co najmniej 5 tys. godzin w okresie ostatnich pięciu lat) stawka za jedną godzinę ulega zwiększeniu o 2 zł., w takim przypadku tzw. dodatek wyjazdowy obliczany jest na podstawie stawki podstawowej nie uwzględniającej zwiększenia z tytułu pełnienia funkcji kierownika zespołu.*

2. Stawkę za 1 godzinę udzielanego świadczenia przez **ratownika medycznego** w zespołach ratownictwa medycznego zlokalizowanych w powiecie bieszczadzkiem w wysokości :

w dni powszednie, soboty, niedziele i święta: .....zł.\*, \*\*

(słownie:.....)

*\*Do stawki godzinowej będzie dodatkowo naliczany tzw. „dodatek wyjazdowy” w wysokości 30% stawki godzinowej.*

*\*\*W przypadku powierzenia Oferentowi funkcji Kierownika Zespołu (konieczne jest potwierdzenie doświadczenia w udzielaniu świadczeń w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym, w wymiarze co najmniej 5 tys. godzin w okresie ostatnich pięciu lat) stawka za jedną godzinę ulega zwiększeniu o 2 zł., w takim przypadku tzw. dodatek wyjazdowy obliczany jest na podstawie stawki podstawowej nie uwzględniającej zwiększenia z tytułu pełnienia funkcji kierownika zespołu.*

3. w dni świąteczne tj. 1stycznia, Pierwszy i Drugi dzień Wielkanocy, 24, 25 i 26 grudnia, 31 grudnia: .....zł\*, \*\*

(słownie:.....)

*\*Do stawki godzinowej będzie dodatkowo naliczany tzw. „dodatek wyjazdowy” w wysokości 30% stawki godzinowej.*

*\*\*W przypadku powierzenia Oferentowi funkcji Kierownika Zespołu (konieczne jest potwierdzenie doświadczenia w udzielaniu świadczeń w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym, w wymiarze co najmniej 5 tys. godzin w okresie ostatnich pięciu lat) stawka za jedną godzinę ulega zwiększeniu o 2 zł., w takim przypadku tzw. dodatek wyjazdowy obliczany jest na podstawie stawki podstawowej nie uwzględniającej zwiększenia z tytułu pełnienia funkcji kierownika zespołu.*

4. w ramach zabezpieczenia medycznego imprez, stawka za 1 godz. ....zł.\*,

(słownie:.....)

*\*Do stawki godzinowej nie będzie dodatkowo naliczany tzw. „dodatek wyjazdowy” w wysokości 30% stawki godzinowej.*

**W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, dostępność, ciągłość oraz kompleksowość ) oświadczam, iż:**

### **1. Jakość**

**Wykształcenie** – wyższe kierunkowe

Nr dyplomu: ....., data wydania: .....

wykształcenie:.....

**Doświadczenie zawodowe -**

*Oświadczam, iż posiadam doświadczenia w udzielaniu świadczeń w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym, w wymiarze co najmniej 5 tys. godzin w okresie ostatnich pięciu lat*

(wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”)

TAK\*

NIE

\* w przypadku odpowiedzi TAK, należy dołączyć dokument potwierdzający treść oświadczenia;

**Dodatkowe kwalifikacje** – posiadanie certyfikatów doskonalenia zawodowego takich jak ALS,BLS,PALS,ITLS

Rodzaj: ....., data wydania: .....

Rodzaj ..... , data wydania: .....

### **2. Dostępność** (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”)

1. powyżej 144 godzin miesięcznie

2. od 60 do 144 godzin miesięcznie

3. od 12 do 60 godzin miesięcznie

### **3. Ciągłość** (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”)

1. do czterech dni w tygodniu

2. cztery lub więcej dni w tygodniu

### **4. Kompleksowość**

(wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”)

Ratownik medyczny posiadający minimalne kwalifikacje do udzielania świadczeń medycznych

Ratownik medyczny posiadający minimalne kwalifikacje do udzielania świadczeń medycznych oraz posiadający uprawnienie do kierowania pojazdem uprzywilejowanym kat. „C”

Ratownik medyczny spełniający dodatkowe wymogi Udzielającego Zamówienia do pełnienia obowiązków kierownika zespołu wyjazdowego (doświadczenie w udzielaniu świadczeń w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym, w wymiarze co najmniej 5 tys. godzin w okresie ostatnich pięciu lat)

Ratownik medyczny spełniający dodatkowe wymogi Udzielającego Zamówienia do pełnienia obowiązków kierownika zespołu wyjazdowego (doświadczenie w udzielaniu świadczeń w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym, w wymiarze co najmniej 5 tys. godzin w okresie ostatnich pięciu lat ) oraz posiadający uprawnienie do kierowania pojazdem uprzywilejowanym kat „B” i/lub „C”

**Każda Oferta musi zawierać dyspozycję Oferenta (Przyjmującego zamówienie) dla wyżej wskazanych kryteriów oceny (tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość). Brak dyspozycji dla którychkolwiek kryteriów oceny będzie skutkowało automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.**

**W załączeniu przedkładam :**

1. **Załącznik nr 1** - Oświadczenie nr 1 – w zakresie ZUS , US.
2. **Załącznik nr 2** - Oświadczenie nr 2 – w zakresie działalności gospodarczej
3. Dokumenty o których mowa w rozdziale 3 SWKO
4. Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

.....  
*data podpis i pieczęć Oferenta lub osoby  
upoważnionej do reprezentowania Oferenta*

**Niniejszym, oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, postanowieniami zawartymi w SWKO oraz Regulaminem konkursu. Oświadczam, że akceptuję i zobowiązuję się do przestrzegania i wykonywania zapisów zawartych w SWKO, załącznikach i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni od ostatecznego terminu składania ofert.
3. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
4. W momencie podpisania umowy dostarczę dokument potwierdzający, że podmiot jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.
5. Akceptuję i zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych na okres 24 miesiące od daty zawarcia umowy
6. Termin płatności wynosi 21 dni od daty dostarczenia prawidłowej faktury VAT.
7. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności.
8. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej.
9. Respektuję prawo NFZ do przeprowadzenia kontroli w zakresie realizacji przedmiotu konkursu
10. Zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych.

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO” informujemy, że:*

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Bieszczadzkie Pogotowie Ratunkowe SPZOZ w Sanoku, ul. Jezierskiego 21, 38-500 Sanok.
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych, z którym można skontaktować się poprzez e-mail: [iod@bpr-spzoz.pl](mailto:iod@bpr-spzoz.pl) w każdej sprawie dotyczącej przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
3. Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane :
  - w celu przeprowadzenia procesu konkursowego aktualnie prowadzonego przez BPR SPZOZ w Sanoku na podstawie art. 6 ust. 1 lit b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych nr 2016/679 ( Rozporządzenie 2016/679), a w zakresie w jakim podał(a) Pan/Pani także dane fakultatywne – podstawą prawną przetwarzania jest zgoda, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia 2016/679
  - w celu ustalenia lub dochodzenia ewentualnych roszczeń lub obrony przed takimi roszczeniami przez BPR SPZOZ w Sanoku – podstawą prawną przetwarzania danych jest prawnie uzasadniony interes BPR SPZOZ w Sanoku, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. f Rozporządzenia 2016/679

4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do momentu zakończenia aktualnego procesu konkursowego, a w zakresie w jakim przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody – do jej wycofania. Okres przetwarzania może zostać każdorazowo przedłużony o okres przedawnienia roszczeń, jeżeli przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie niezbędne dla ustalenia lub dochodzenia ewentualnych roszczeń lub obrony przed takimi roszczeniami przez BPR SPZOZ w Sanoku. Po tym okresie dane będą przetwarzane jedynie w zakresie i przez czas wymagany przepisami prawa.
5. Przysługuje Pani /Panu prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed jej wycofaniem.
6. Przysługuje Pani /Panu prawo: dostępu do treści danych oraz żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych osobowych oraz prawo wniesienia sprzeciwu względem przetwarzania danych.
7. Przysługuje Pani/Panu także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia 2016/679.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Podanie danych osobowych jest wymagane przez BPR SPZOZ w Sanoku dla celów przeprowadzenia konkursu. Konsekwencją niepodania tych danych jest brak możliwości rozpatrzenia Pani/Pana kandydatury w procesie konkursowym. W zakresie danych niewymaganych przez BPR SPZOZ w Sanoku podanie danych jest dobrowolne.

.....  
*data podpis i pieczęć Oferenta lub osoby  
upoważnionej do reprezentowania Oferenta*