

.....  
(nazwa i pieczęć oferenta)

## OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **BPR/ŚZ/10/2024** ogłoszonym przez Dyrektora Bieszczadzkiego Pogotowia Ratunkowego SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego lub ratownika medycznego z uprawnieniami kierowcy pojazdu uprzywilejowanego w ramach transportu medycznego.**

### 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 (np. PESEL)	

.....  
data

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

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

Stawkę za 1 godzinę udzielanego świadczenia przez **ratownika medycznego** w transporcie medycznym BPR SPZOZ w Sanoku w wysokości :

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

(słownie:.....)

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

### **1. Jakość**

**Wykształcenie –**

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

wykształcenie:.....

**Doświadczenie zawodowe -**

*Posiadam.....letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego, szpitalnym oddziale ratunkowym, zespołach transportu medycznego/sanitarnego \**

\* należy dołączyć dokument potwierdzający treść oświadczenia;

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

powyżej 144 godzin miesięcznie

od 60 do 144 godzin miesięcznie

od 12 do 60 godzin miesięcznie

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

do czterech dni w tygodniu

cztery lub więcej dni w tygodniu

### **4. Kompleksowość**

Ratownik medyczny posiadający uprawnienie do kierowania pojazdem uprzywilejowanym (prawo jazdy kat. ....B i odpowiednie zezwolenie)

Ratownik medyczny

(wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”)

**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 skutkował automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.**

**W załączeniu przedkładam (zaznaczyć właściwe dla podmiotu składającego ofertę) :**

1. **Załącznik nr 1** - Oświadczenie nr 1 – w zakresie ZUS , US.

2. **Załącznik nr 2** - Oświadczenie nr 2 – w zakresie działalności gospodarczej.
3. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej – jeżeli dotyczy.
4. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub wypisu z ewidencji działalności i informacji o działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny Oferenta.
5. Kserokopie dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń: prawo wykonywania zawodu (gdy dotyczy), dyplom specjalizacyjny (gdy dotyczy), kserokopie dodatkowych kwalifikacji, uprawnień.
6. Pozostałe dokumenty, o których mowa w punkcie VI SWKO.
7. Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez osobę upoważnioną przez Oferenta.

.....  
*data                      podpis i pieczęć 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 (UE) 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 :
  - a) 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
  - b) 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
1. 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.

2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. 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*