

Warszawa, dnia.....

**Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej**  
**Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**  
**ul. Marcina Kasprzaka 17**  
**01 – 211 Warszawa**

## O F E R T A

**na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz zapewnienie właściwej opieki nad pacjentami w innych oddziałach Szpitala Wolskiego**

Imię.....  
Nazwisko.....  
PESEL.....  
Zawód.....  
Nr dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe.....  
Data rozpoczęcia działalności wg CEIDG.....  
NIP.....REGON.....  
Nr telefonu .....

Adres zamieszkania .....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania) .....

.....

**Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz zapewnienie właściwej opieki nad pacjentami w innych oddziałach Szpitala Wolskiego zgodnie z przedmiotem zamówienia wskazanym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, na zasadach określonych we wzorze umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.**

### OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz postanowieniami określonymi we wzorze umowy i je akceptuje.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie Szpitala Wolskiego w Warszawie, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
4. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości .....
5. Oświadcza, iż Szpital Wolski **nie rozwiązał** z nim w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie niniejszego postępowania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.
6. Deklaruje **minimalną** ..... i **maksymalną** .....liczbę godzin udzielania świadczeń w miesiącu.
7. Proponuje wysokość stawki w kwocie .....**zł brutto (równoważne z netto)** - za każdą godzinę wykonywania świadczeń w **Szpitalnym Oddziale Ratunkowym lub innym oddziale Szpitala Wolskiego.**

8. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 2a do nr.....
9. Oświadczam, że posiada znajomość obsługi:
  - a) Systemu AMMS – TAK/ NIE\*
  - b) Systemu TOPSOR – TAK/NIE\*
10. Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego udzielał przez okres:
  - a) .....lat w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym,
  - b) .....lat w zespołach ratownictwa medycznego

\* **niepotrzebne skreślić**

#### **ZALĄCZNIKI:**

1. Poświadczony aktualny wydruk z CEIDG - **zał. nr 1**
2. Kopie dokumentów dotyczących posiadanych kwalifikacji – **zał. nr 2a, 2b,....itd.)**
  - a) dyplom licencjata lub mgr potwierdzający ukończenie studiów na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne lub medycyna ratunkowa,
  - b) dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownika medycznego albo dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownik medyczny,
  - c) oświadczenie, iż oferent nie był skazany prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe;
  - d) oświadczenie o posiadaniu znajomości języka polskiego w mowie i w piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu ratownika medycznego (oświadczenie to nie jest wymagane jeżeli oferent ukończył studia na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne lub medycyna ratunkowa lub studia przygotowujące do wykonywania zawodu ratownika medycznego - prowadzone w języku polskim lub publiczną szkołę policealną lub niepubliczną szkołę policealną o uprawnieniach szkoły publicznej - kształcące w języku polskim (dyplomy w języku polskim) albo uzyskała dokument potwierdzający znajomość języka polskiego w mowie i w piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu ratownika medycznego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności gdy znajomość języka polskiego jest potwierdzona pozytywnym złożeniem egzaminu z języka polskiego zorganizowanego i przeprowadzonego przez Krajową Radę (zaświadczenie potwierdzające ten fakt).
  - e) inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe,
3. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia – **zał. nr 3**
4. Kserokopia polisy OC – **zał. nr 4.**
5. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym z podaniem okresów, w których usługi te były świadczone – **zał. nr 5,**

#### **Oświadczenie oferenta w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO**

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu\*\*.

.....  
(podpis i pieczęć oferenta)

<sup>1</sup> rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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).

\*\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).