

### FORMULARZ OFERTOWY

**Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów  
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Wieluniu**

|                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dane oferenta:</b>                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Imię i nazwisko oferenta:</b><br>.....                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nazwa oferenta zgodnie z danymi rejestrowymi w CEIDG</b><br><br>.....                                                                                                                                                            |
| <b>Adres siedziby firmy:</b><br>ULICA I NUMER LOKALU: .....<br>KOD POCZTOWY: .....<br>MIEJSCOWOŚĆ: .....<br>NUMER TELEFONU: .....<br>NIP: .....<br>REGON: .....<br>PESEL: .....<br>IMIONA RODZICÓW: .....<br>NAZWISKO RODOWE: ..... |
| <b>Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres siedziby firmy):</b><br>ULICA I NUMER LOKALU: .....<br>KOD POCZTOWY: .....<br>MIEJSCOWOŚĆ: .....                                                                   |

**Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych jako:**

| L.p. | Zakres oferowanych świadczeń                                                                                     | Cena Oferowana przez<br>Przyjmującego<br>zamówienie za 1 h<br>(brutto) w zł | Proponowana przez<br>Oferenta liczba godzin<br>realizacji świadczeń w<br>ciągu 1 miesiąca |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.   | Ratownik medyczny w Szpitalnym<br>Oddziale Ratunkowym                                                            |                                                                             |                                                                                           |
| 2.   | Ratownik medyczny – członek<br>zespołu ratownictwa medycznego<br>lub kierownik zespołu ratownictwa<br>medycznego |                                                                             |                                                                                           |

|    |                                                                                                                                                     |  |  |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 3. | Ratownik medyczny – członek zespołu ratownictwa medycznego lub kierownik zespołu ratownictwa medycznego lub kierowca zespołu ratownictwa medycznego |  |  |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

I. Kwalifikacje zawodowe Oferenta, posiadane wykształcenie:

- a) Średnie medyczne ..... ☐
- b) Wyższe I stopnia ..... ☐

II. Doświadczenie w pracy/udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym złożoną Ofertą:

- a) Do 5 lat ☐
- b) 5-10 lat ☐
- c) Powyżej 10 lat ☐

III. Oświadczam, że w okresie 24 miesięcy poprzedzających złożenie oferty udzielałam/-em świadczenia zdrowotne w zakresie ratownictwo medyczne.

TAK ☐ NIE ☐

IV. Wyrażam zgodę na zawarcie umowy na okres **24 miesięcy**.

Oświadczam, że do niniejszej oferty załączam **(zaznaczyć):**

- Oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, umowy oraz szczegółowymi warunkami ofert na formularzu stanowiącym **załącznik nr 1** do niniejszych warunków.
- CV
- Kserokopię dokumentów potwierdzających uzyskanie kwalifikacji zawodowych potwierdzonych „za zgodność z oryginałem” przez Przyjmującego zamówienie.
- Aktualny odpis z właściwego rejestru albo zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej wystawione nie później niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
- Kserokopię aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń zdrowotnych potwierdzoną „za zgodność z oryginałem” przez Przyjmującego zamówienie lub podpisane oświadczenie stanowiące załącznik nr 5 do niniejszego dokumentu.
- Zaświadczenie o niekaralności w pełnym zakresie wystawione nie później niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
- Zaświadczenie wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy w zespole ratownictwa medycznego lub w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.
- W odniesieniu do ratowników medycznych – kierowców zespołu ratownictwa medycznego, kserokopię „Zezwolenia na prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych” oraz prawa jazdy potwierdzoną „za zgodność z oryginałem” przez Przyjmującego zamówienie.

- Kserokopię dokumentu poświadczającego dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego w okresie od 2018 roku do 2022 roku potwierdzoną „za zgodność z oryginałem” – dotyczy oferentów, którzy ukończyli okres edukacyjny w 2022 roku.
- Właściwe oświadczenie dotyczące realizacji obowiązku szkoleniowego:
  - a) Oświadczenie, o braku możliwości złożenia karty doskonalenia zawodowego z potwierdzeniem ukończenia okresu doskonalenia zawodowego przypadającego w okresie od 2019 roku do 2023 roku od Organu, którym jest Krajowa Rada Ratowników Medycznych, zgodnie z § 13 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2023 roku w sprawie ustawicznego rozwoju zawodowego ratowników medycznych (Dz. U. 2023 poz. 1800), wraz ze zobowiązaniem o dostarczeniu stosownych dokumentów po utworzeniu Krajowej Rady Ratowników Medycznych bądź do czasu ukonstytuowania się innego organu właściwego w sprawach potwierdzania dopełnienia obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego przez ratownika medycznego, stanowiące załącznik nr 7 do niniejszego dokumentu – dotyczy oferentów, którzy ukończyli okres edukacyjny w 2023.
  - b) Oświadczenie i zobowiązanie do dostarczenia Karty Ustawicznego Rozwoju Zawodowego stanowiące załącznik nr 8 do niniejszego dokumentu - dotyczy oferentów, którzy uprawnienia zawodowe uzyskali w roku prowadzenia postępowania konkursowego.
- Kserokopię pierwszej strony książeczki doskonalenia zawodowego – dotyczy oferentów, którzy rozpoczęli okres edukacyjny w 2020, 2021, 2022 i 2023 roku, z zastrzeżeniem iż oferent który rozpoczął okres edukacyjny w 2023 i nie uzyskał książeczki może złożyć pisemne wyjaśnienia zamiast kserokopii pierwszej strony książeczki.
- inne, (jakie?).....  
 .....  
 .....  
 .....  
 ...

**Będąc świadomym konsekwencji wynikającym z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym**

---

**data, podpis i pieczęć Oferenta**