

....., dnia

.....
pieczętka

OFERTA

I. Dane Oferenta

Imię i Nazwisko.....

Adres

.....

Numer telefonu

adres e-mail

II. Przedmiot oferty

Oferta dotyczy postępowania konkursowego ogłoszonego przez:

**ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ „LEGIONOWO” SP. Z O.O.
UL. SOWIŃSKIEGO 4
05-120 LEGIONOWO**

na:

Świadczenie usług medycznych w zakresie:

obsady zespołów ratownictwa medycznego, tj.:

- ✓ ***Lekarzy systemu***
- ✓ ***Pielęgniarki systemu***
- ✓ ***Ratowników medycznych***
- ✓ ***Kierowników zespołów ratownictwa medycznego***
- ✓ ***Kierowców-ratowników medycznych***

RM/ 1 /2021

III. Potwierdzenie spełnienia wymagań formalno-prawnych

1. wypełniony formularz oferty (wzór Zamawiającego) i **Zał.nr 1** str. od do
2. CV str. od do

3. kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe osób, które będą udzielały świadczeń w postaci:

odpowiednio dla lekarzy systemu:

- zaświadczenie o kwalifikacjach zawodowych:
 - dyplomu lekarza,
 - aktualnego prawa wykonywania zawodu lekarza na obszarze RP,
 - dyplomu specjalizacji,
 - pełnej karty szkolenia specjalizacyjnego str. od do
- odpis wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich we właściwej okręgowej izbie lekarskiej z numerem zezwolenia stosownie do zapisów Ustawy o zawodzie lekarza z dnia 5 grudnia 1996 r. (tekst jednolity: Dz.U. z 2018 r. poz. 617) lub oświadczenia o wszczęciu postępowania rejestracji
 - praktyki indywidualnej str. od do

odpowiednio dla ratowników medycznych/ pielęgniarzy systemu:

- dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe określone w Ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym, wymagane do wykonywania zawodu ratownika/ pielęgniarzy systemu str. od do
- karta przebiegu doskonalenia zawodowego ratownika medycznego str. od do

dodatkowo dla kierowników zespołu ratownictwa medycznego:

- dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe określone w Ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym, wymagane do wykonywania zawodu ratownika str. od do
- karta przebiegu doskonalenia zawodowego ratownika medycznego str. od do

dodatkowo dla kierowców/ratowników medycznych

- zezwolenie na prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych str. od do.....
- prawo jazdy kategorii C lub B str. od do.....

4. odpis z właściwego rejestru lub z CEIDG wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert lub oświadczenie o dostarczeniu dokumentów rejestracji działalności gospodarczej do momentu podpisania umowy str. od do
5. oświadczenie Oferenta odnośnie stażu/zaświadczenie z Działu Personalnego potwierdzające staż pracy w pogotowiu ratunkowym lub lotniczym zespole ratownictwa medycznego (**Zał.nr 2- dla kierowników zespołów RM**) str. od..... do
6. oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną RODO i zgoda na przetwarzanie danych osobowych (**Zał. Nr 3**) str. od..... do.....

.....

podpis Oferenta

Nr postępowania: **RM/1 /2021**

Załącznik nr 1

....., dnia r.

FORMULARZ OFERTOWY

na świadczenie usług medycznych w Zespole Opieki Zdrowotnej „Legionowo”
Sp. z o.o. w Legionowie zakresie:

.....
(wpisać usługę)

IMIĘ I NAZWISKO

OBECNE MIEJSCE ŚWIADCZENIA USŁUG MEDYCZNYCH.....

.....

**Za realizację zamówienia oczekuję należności w wysokości zł brutto
za jedną godzinę świadczeń.**

**Zobowiązuje się do wykonania godzin w każdym miesiącu (nie mniej
niż 96 godzin)**

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z przepisami art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia
2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654 ze zm.).

Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne
do udzielania świadczeń objętych przedmiotem umowy.

.....
Podpis składającego ofertę

Nr postępowania: **RM/1/2021**

Załącznik nr 2

..... dnia.....

.....
(Pieczęć Firmowa Jednostki)

ZAŚWIADCZENIE O DOŚWIADCZENIU ZAWODOWYM

Poświadczam, że Pan/Pani
(imię i nazwisko)

Pracował/a na stanowisku:

- **Ratownik medyczny/ pielęgniarka systemu**

.....
w zespołach wyjazdowych Ratownictwa Medycznego lub lotniczego Ratownictwa Medycznego w okresie:

od.....do.....(dzień/miesiąc/rok)

Staż pracy w/w wynosi.....
(wyliczenie w podziale na lata, miesiące i dni)

.....
Podpis i pieczęć imienna pracownika
Działu Kadr

DANE OFERENTA

IMIĘ I

NAZWISKO:.....

ADRES

ZAMIESZKANIA.....

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż Administratorem Państwa danych osobowych jest ZOZ „Legionowo” Sp. z o.o. ul. gen. J. Sowińskiego 4, 05 - 120 Legionowo, reprezentowana przez Dorotę Glinicką. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Andrzej Peńsko, Tel. +48668906046. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu prowadzenia procesu rekrutacji personelu medycznego przez ZOZ „Legionowo” Sp. z o.o., na podstawie art. 6 i 9 rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat od zakończenia postępowania rekrutacyjnego. Posiadacie Państwo prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, wyrażenia sprzeciwu przeciw przetwarzaniu tych danych osobowych, prawo do usunięcia danych (o ile ma to zastosowanie) oraz prawo do przenoszenia danych. Posiadacie Państwo prawo do wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych, gdy uznacie, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Podanie przez Państwa danych osobowych jest warunkiem udziału w postępowaniu rekrutacyjnym. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w systemach informatycznych ZOZ „Legionowo” Sp. z o.o.. ZOZ „Legionowo” Sp. z o.o. nie stosuje zautomatyzowanych metod podejmowania decyzji, w tym profilowania.

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przekazanych w ofercie oraz w później składanych dokumentach związanych z postępowaniem rekrutacyjnym prowadzonym przez ZOZ „Legionowo” Sp. z o.o. na stanowiska: *

- LEKARZ SYSTEMU,
- RATOWNIK MEDYCZNY,
- PIEŁĘGNIARKA SYSTEMU,
- KIEROWNIK ZESPOŁU RM,
- KIEROWCA - RATOWNIK MEDYCZNY.

* - **proszę skreślić niewłaściwe**

Czytelny podpis Oferenta, data

IV. Potwierdzenie zapoznania się z treścią ogłoszenia, SWK oraz przyjęcia do wiadomości warunków ustaleń, które są w projekcie umowy

Występując w postępowaniu konkursowym na świadczenie usług w zakresie:

.....

.....

oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, SWK oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.

OFERTA z załącznikami zawiera łącznie: ponumerowanych stron.

.....

podpis Oferenta