

## OFERTA

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie medycznych czynności ratunkowych,  
podejmowanych przez ratowników medycznych/ pielęgniarzy systemu z uprawnieniami do  
prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych w Zespołach Ratownictwa Medycznego „P”  
dla potrzeb Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Sp. z o.o.**

### 1. Dane Oferenta:

#### A. Podmiot leczniczy

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego .....

.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych ..... nr KRS .....

NIP ..... REGON .....

Pełnomocnik ..... kontakt tel. ....

e-mail .....

Nr polisy ubezpieczeniowej .....

okres obowiązywania polisy .....

#### B. Oferta indywidualna – indywidualna działalność gospodarcza

Imię: ..... Nazwisko: .....

PESEL ..... Zawód .....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej .....

NIP: ..... Regon: .....

Pełna nazwa firmy, pod którą oferent prowadzi działalność gospodarczą: .....

.....

.....

Adres działalności gospodarczej: .....

Adres do korespondencji: .....

Telefon: ..... e-mail: .....

Doświadczenie zawodowe na dzień złożenia oferty wynosi (zaznaczyć odpowiednie);

- a)  3-5 lat lub 5000 godzin.
- b)  6-10 lat
- c)  pow. 10 lat.

Posiadam (odpowiednie zaznaczyć):

- a)  wykształcenie średnie medyczne,  
 wykształcenie wyższe medyczne (odpowiednie zaznaczyć):  licencjat  magister

b) kartę doskonalenia zawodowego:

data rozpoczęcia od ..... i zakończenia do ..... okresu szkoleniowego, liczba zdobytych punktów na dzień złożenia oferty .....

- c)  Kurs kwalifikacyjny w zakresie .....
- Specjalizację w zakresie .....

d) prawo jazdy kategorii :  „B”, od kiedy .....  „C” od kiedy .....

e) ważne uprawnienia do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi, od kiedy .....  
ważne do .....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie medycznych czynności ratunkowych, podejmowanych przez ratowników medycznych/ pielęgniarzy systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych w Zespołach Ratownictwa Medycznego „P” dla potrzeb Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Sp. z o.o. , zgodnie z wzorem umowy stanowiącym załącznik nr 2 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

**Oferent oświadcza, że:**

- 1) Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz wzorem umowy i nie zgłasza w tym zakresie zastrzeżeń.
- 2) Zapoznał się z treścią „Procedury zgłaszania nieprawidłowości oraz ochrony sygnalistów” obowiązującą w Szpitalu Powiatowym w Wyrzysku Sp. z o.o., umieszczoną na stronie internetowej Szpitala pod adresem: <https://szpitalwyrzysk.com/procedura-zgloszen-sygnalistow/>
- 3) Świadczenia zdrowotne objęte konkursem udzielane będą na terenie działania Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Spółka z o.o. w dni robocze oraz w soboty, niedziele i święta w godzinach 7:00/8:00 – 19:00/20:00 i od 19.00/20:00 – 7.00/8:00 dnia następnego, zgodnie z ustalonym comiesięcznie harmonogramem świadczenia usług, z zastrzeżeniem, że świadczenie jednego dyżuru nie może przekraczać 24 godzin w ciągłości przez jedną osobę.
- 4) Będzie wykonywał świadczenia zdrowotne objęte przedmiotem konkursu według zaoferowanej ceny.
- 5) Gwarantuje ciągłość udzielania świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszeń warunków zawartej umowy.
- 6) Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej i zobowiązuje się do przedłożenia kopii

polisy oc na dzień podpisania umowy zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz zapewni ciągłość polisy w trakcie obowiązywania umowy oraz zobowiązuje się niezwłocznie dostarczać kopię nowej polisy.

- 7) Posiada aktualne badania profilaktyczne o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu, badania sanitarno – epidemiologiczne oraz aktualne badanie bhp i ppoż. oraz zapewni ciągłość ww. w trakcie obowiązywania umowy oraz zobowiązuje się niezwłocznie dostarczać kopie aktualnych dokumentów.
- 8) Korzysta z pełni praw publicznych i nie jest karany za przestępstwa popełnione umyślnie (w tym przestępstwa skarbowe) oraz za przestępstwa na tle seksualnym wobec małoletnich.
- 9) Deklarowana ilość dyżurów 12 godzinnych na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług określonych ww. postępowaniem konkursowym dla potrzeb Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Spółka z o.o. w miesiącu:
  - a) dyżury zwykłe: .....
  - b) dyżury świąteczne: .....
- 10) Posiada uprawnienia niezbędne do wykonania zamówienia objętego przedmiotem konkursu.
- 11) Spełnia warunki określone w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2025, poz. 450 z późn. zm.).
- 12) Proponuje następujące warunki wynagrodzenia z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszą ofertą dla potrzeb Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Spółka z o.o.: ..... **zł brutto (słownie zł: .....)** **za 1 godzinę udzielania świadczeń.**
- 13) Wyraża zgodę na przetwarzanie wyżej podanych moich danych osobowych w celu przeprowadzenia niniejszego postępowania konkursowego.
- 14) Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Kserokopia tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty.**

**Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.**

#### **Załączniki:**

1. kserokopia dyplomu potwierdzającego wymagane wykształcenie,
2. zaświadczenie o wpisie do centralnego rejestru pielęgniarek i położnych (jeśli dotyczy),
3. kserokopie dokumentów potwierdzających staż pracy,
4. kserokopia uprawnień do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych określonych w ustawie Prawo o

ruchu drogowym,

5. kserokopia prawa jazdy,
6. dokumentacja doskonalenia zawodowego oraz potwierdzenie pozytywnego ukończenia poprzedniego okresu doskonalenia zawodowego (kserokopia ostatniej strony karty, bądź oświadczenie oferenta, kserokopia kursów) – jeśli dotyczy,
7. kserokopia kursu kwalifikacyjnego, specjalizacji, zgodnie z art. 3 pkt. 6 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (DZ. U. t.j. z 2025 r. poz. 91 ze zm. – jeśli dotyczy,
8. kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy,
9. orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych lub kserokopia książeczki do celów sanitarno-epidemiologicznych,
10. kserokopia aktualnego zaświadczenia o odbyciu szkolenia okresowego w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
11. zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do świadczenia usług na stanowisku, o które ubiega się Przyjmujący zamówienie,
12. zaświadczenie o niekaralności,
13. aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub z Krajowego Rejestru Sądowego (KRS),
14. kserokopie innych dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje (aktualne certyfikaty potwierdzające ukończenie kursów).

**Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Kserokopię tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty.**

Oferent zobowiązany jest poświadczyc za zgodność z oryginałem kopie dokumentów pod rygorem odpowiedzialności karnej.

.....  
podpis i pieczęć oferenta

#### KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Powiatowy w Wyrzysku Spółka z o.o.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, b, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.

4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody, chyba, że przepisy prawa nakazują być przechowywane dane osobowe.
6. W przypadku uznania, że Pani/Pana prawa zostały naruszone ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych tel.: 67 210 98 67 e-mail: [iodo@szpitalwyrzysk.pl](mailto:iodo@szpitalwyrzysk.pl)

.....  
Data i czytelny podpis Oferenta

**Oświadczenie  
o państwie lub państwach zamieszkania w ciągu ostatnich 20 lat**

Ja, niżej popisana/-y .....,  
numer PESEL .....

oświadczam, że:

- nie zamieszkiwałam/-em w ostatnich 20 latach w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa.
- zamieszkiwałam/-em w okresie ostatnich 20 lat w następujących państwach, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa:

1. ....

2. ....

Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
(data i czytelny podpis)

\*Niepotrzebne skreślić

Na podstawie art. 21 ust. 5, ust. 7 i ust. 8 Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (t.j. Dz. U. z 2023, poz. 1304 j.t. z późn. zm.)

Jeżeli osoba zamieszkiwała w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa jest zobowiązany przedłożyć zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu Karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu Karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

## Oświadczenie w przypadku braku informacji z rejestru karnego

Ja, niżej popisana/-y .....,  
numer PESEL .....

oświadczam, że:

- prawo w państwie mojego obywatelstwa, tj. .... *[podać nazwę państwa/państw]*, nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestrów karnych lub nie prowadzi się tam rejestru karnego;
- prawo w państwie, w którym zamieszkiwałem/am, tj. .... *[podać nazwę państwa/państw]*, nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestrów karnych lub nie prowadzi się tam rejestru karnego.

Jednocześnie oświadczam, że nie byłam/-em prawomocnie skazana/-y w żadnym z wyżej wymienionych państw za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziałach XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

Dodatkowo oświadczam, że:

- Nie wydano wobec mnie żadnego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłam/-em się wyżej wymienionych czynów zabronionych.
- Nie ma obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad małoletnimi.

Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

(data i czytelny podpis)