

Miejsce składania ofert:
Wojskowy Instytut Medyczny
Państwowy Instytut Badawczy
ul. Szaserów 128
04-141 Warszawa

O F E R T A

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego w
Szpitalnym Oddziale Ratunkowym - Szpital w Legionowie**

Imię.....
Nazwisko.....
PESEL.....
Nr dyplomu z ratownictwa medycznego
NIP.....REGON.....
Numer paszportu (wymagany w przypadku obywatelstwa innego niż polskie)
Pełna nazwa indywidualnej działalności
.....
Adres indywidualnej działalności
.....
Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem działalności).....
.....
Adres e-mail do kontaktu w sprawie postępowania konkursowego
Jako służbowy kanał informacyjny wskazuję nr telefonu komórkowego
Nr rachunku bankowego
Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) ważne od: do:
Zaświadczenie lekarskie ważne od: do: *1
Szkolenie w zakresie BHP ważne od: do: *2
Szkolenie w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta (jeśli dotyczy) ważne od: do:
.....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez 2 ratowników medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym - Szpital w Legionowie, ul. Zegrzyńska 8, 05-119 Legionowo na zasadach określonych w projekcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem.

¹ * Jeśli w dokumencie nie jest określona data obowiązywania „do” należy przyjąć maksymalnie 3 lata od daty obowiązywania „od”.

² * Jeśli w dokumencie nie jest określona data obowiązywania „do” należy przyjąć maksymalnie 5 lat od daty obowiązywania „od”.

Oferent oświadcza, iż:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i warunkami konkursu.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem udzielać będzie w Wojskowym Instytucie Medycznym - Państwowym Instytucie Badawczym - Szpital w Legionowie.
3. Posiada dyplom ratownika medycznego.
4. Posiada min. 2-letnie doświadczenie zawodowe na stanowisku ratownik medyczny.
5. Posiada certyfikat ukończenia szkolenia w zakresie HTC.
6. Posiada certyfikat ukończenia szkolenia w zakresie ACLS.
7. Posiada certyfikat ukończenia kursu w zakresie ESI 5.0.
8. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) w zakresie określonym w przepisach ustawy o działalności leczniczej.
9. Posiada ważne orzeczenie/zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na stanowisku objętym niniejszym konkursem.
10. Posiada aktualne zaświadczenia o ukończeniu szkolenia okresowego w zakresie BHP wymaganego dla swojej grupy zawodowej, której charakter pracy wiąże się z narażeniem na czynniki szkodliwe dla zdrowia, uciążliwe lub niebezpieczne albo z odpowiedzialnością w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.
11. Na dzień obowiązywania niniejszej umowy nie posiada zawartej umowy o pracę z Wojskowym Instytutem Medycznym - Państwowym Instytutem Badawczym.
12. Nie zalega w opłacaniu składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, nie są one rozłożone na raty, nie jest zwolniony z ich uiszczania.
13. Nie zalega w opłacaniu podatków, nie są one rozłożone na raty, nie jest zwolniony z ich uiszczania.
14. Nie został prawomocnie skazany za co najmniej jedno z następujących przestępstw: przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu; przestępstwo przekupstwa; przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowej; przestępstwo skarbowego albo mające na celu popełnienie przestępstwa skarbowego.
15. Nie toczy się przeciwko niemu postępowanie karne w związku z podejrzeniem popełnienia przestępstwa, mającego związek z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych.
16. Inne dokumenty potwierdzające doświadczenie i wykształcenie.
17. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych - **zł**

dostępność/minimalna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu - **h**
(zgodnie z SWKO oferta zostanie uznana za nieważną jeżeli zostanie złożona na mniejszą niż 120 liczbę godzin)

dostępność/maksymalna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu - h
(zgodnie z SWKO oferta zostanie uznana za nieważną jeżeli zostanie złożona na większą niż 200 liczbę godzin)

.....

(miejscowość i data)

.....

(czytelny podpis)

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. aktualny wydruk z CEIDG;
2. kserokopia dyplomu ratownika medycznego;
3. kserokopia dokumentu potwierdzającego min. 2-letnie doświadczenie zawodowe na stanowisku ratownik medyczny (np. zaświadczenie z zakładu pracy/kserokopia umowy wraz z zakresem obowiązków);
4. kserokopia certyfikatu ukończenia szkolenia w zakresie HTC;
5. kserokopia certyfikatu ukończenia szkolenia w zakresie ACLS;
6. kserokopia certyfikatu ukończenia kursu w zakresie ESI 5.0;
7. kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r., poz. 156 z późn. zm.);
8. kserokopia ważnego orzeczenia/zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na stanowisku objętym niniejszym konkursem;
9. kserokopia aktualnego zaświadczenia o ukończeniu szkolenia okresowego w zakresie BHP wymaganego dla swojej grupy zawodowej, której charakter pracy wiąże się z narażeniem na czynniki szkodliwe dla zdrowia, uciążliwe lub niebezpieczne albo z odpowiedzialnością w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy;
10. dodatkowe dokumenty potwierdzające doświadczenie i wykształcenie;
11. podpisany Formularz Ofertowy (wypełniony pismem drukowanym lub na komputerze);
12. parafowany Wzór Umowy.

SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY:

1. strony ponumerowane i ułożone zgodnie z „ZAŁĄCZNIKIEM DO OFERTY” lub z zapisami części III pkt.1 SWKO;
2. dokumenty złożone w formie oryginału lub datowanej kserokopii poświadczona *za zgodność z oryginałem*.