

.....

pieczęć oferenta

Formularz ofertowy
KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE
LEKARZ / RATOWNIK MEDYCZNY- KIEROWCA / RATOWNIK KPP KIEROWCA [*]

1. Imię i nazwisko Oferenta
2. Nazwa prowadzonej działalności
.....
3. Adres prowadzonej działalności.....
4. Nr telefonu komórkowego.....
5. Adres e-mail
6. PESEL
7. NIP.....
8. REGON
9. Nazwa banku oraz nr rachunku
.....
10. Okres obowiązywania polisy

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)

[*] niepotrzebne skreślić

Formularz ofertowy

KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE

LEKARZ / RATOWNIK MEDYCZNY - KIEROWCA/RATOWNIK KPP-KIEROWCA [*]

1) Cena: waga kryterium 50 % (maksymalna ilość punktów: 50)

| WYSZCZEGÓLNIENIE / PRODUKT zgodny z ogłoszeniem w danym zakresie | CENA / WARTOŚĆ BRUTTO W ZŁ ZA 1 GODZINĘ /nie więcej niż proponowana kwota należności w zakresie 2,3 za 1h/ |
|---|--|
| ZAKRES NR I - udzielanie świadczeń w zakresie lekarza w systemie zmianowym stawka za 1 RbH | |
| ZAKRES NR 2 - udzielanie świadczeń w zakresie ratownik medyczny kierowca w systemie zmianowym za 1 RbH | |
| ZAKRES NR 3 - udzielanie świadczeń w zakresie ratownik kierowca KPP w systemie zmianowym za 1 RbH | |

2) Liczba oferowanych świadczeń: waga kryterium 20% (maksymalna ilość punktów: 20)

Deklarowana liczba godzin w miesiącu (liczba godzin, którą Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany zapewnić):.....

3) Doświadczenie zawodowe: waga kryterium 10% (maksymalna ilość punktów: 10) — dotyczy zakresu 2 i 3, waga kryterium 5% (maksymalna liczba punktów:5) — dotyczy zakresu 1.

Doświadczenie zawodowe - staż pracy jako lekarz /ratownik medyczny - kierowca /
ratownik-kierowca KPP [*]..... lat

4) Posiadanie kwalifikacji zawodowych dla lekarza w zespołach transportowych o standardach wyposażenia karetki „S” : 10% waga kryterium 10% (maksymalna ilość punktów: 10)

- posiadanie kwalifikacji zawodowych lat;

5) Gotowość do pełnienia dyżurów poza ustalonym harmonogramem w sytuacjach losowych wg zapotrzebowania Udzielającego Zamówienie: waga kryterium 10% (maksymalna ilość punktów: 10) — dotyczy zakresu 2 i 3, waga kryterium 5% (maksymalna liczba punktów:5) — dotyczy zakresu 1.

Gotowość do pełnienia dyżurów poza ustalonym harmonogramem w sytuacjach losowych wg zapotrzebowania Udzielającego Zamówienie. Oferent oświadcza, iż jest świadom tego, iż Zamawiający może wezwać Oferenta do świadczenia

TAK / NIE [*]

6) Dostępność/dyspozycyjność (zapewniana przez Przyjmującego zamówienie dostępność nie może być niższa niż liczba godzin oferowanych świadczeń w terminach ustalonych zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienie): waga kryterium 10% (maksymalna ilość punktów: 10)

Zobowiązanie dostępności (dyspozycyjności): [*]

- a) pełna dostępność tj. zatrudnienie tylko w USKwB,
- b) dostępność częściowa tj. zatrudnienie w USKwB i jednocześnie zatrudnienie w Systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego, Państwowej/Ochotniczej Straży Pożarnej lub innej jednostce udzielającej świadczeń .
- c) brak dostępności

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

[*]niepotrzebne skreślić

pieczęć oferenta

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.
2. Jestem gotowy(a) do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w ogłoszeniu.
3. Jestem związany(a) niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania.
4. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dot. imienia i nazwiska, numeru PESEL, numeru telefonu, adresu e-mail przez Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku dla potrzeb realizacji umowy na udzielanie Świadczeń zdrowotnych w Szpitalu.
5. Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w USK w Białymstoku, nie będę udzielał/-ła innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przez mnie świadczeń w Szpitalu.

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (dalej RODO) informuję, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytecki Szpital Kliniczny z siedzibą w Białymstoku, przy ul. M. Skłodowskiej — Curie 24A.
- 2) Inspektorem Ochrony Danych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku jest Pan Zygmunt Karp, e-mail: ido@poczta-usk.pl
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu związanym z nawiązaniem i przebiegiem procesu zatrudnienia, z uwagi na art. 6 ust. 1 lit. c, a w pozostałym zakresie na podstawie art. 6 ust 1 lit. a RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO.
- 4) Pani/Pana dane mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym do ich uzyskania na podstawie przepisów prawa (m. in. Rzecznik Praw Pacjenta, Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, organy samorządów zawodów medycznych, konsultanci krajowi i wojewódzcy), innym podmiotom leczniczym w celu zapewnienia ciągłości leczenia, a także organowi założycielskiemu administratora (Uniwersytet Medyczny w Białymstoku) w związku ze sprawowaniem nadzoru.
Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m. in. dostawcom usług informatycznych, prawnych, doradczych, kurierskich i pocztowych, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniem Administratora.
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny aktualnymi z przepisami szczegółowymi.
- 6) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, co do danych osobowych, których podanie jest dobrowolne — prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem. Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej lub elektronicznej na adres Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.
- 7) Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy RODO;
- 8) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe w zakresie określonym w zawartej umowie i konieczne dla celów związanych z nawiązaniem i przebiegiem Pani/Pana zatrudnienia.

pieczęć oferenta

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych, dostarczę polisę ubezpieczeniową i będę ją utrzymywał przez cały okres trwania umowy z Udzielającym Zamówienie.

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż posiadam minimum 3-letnie doświadczenie w zespołach transportowych jako

- ratownik medyczny — kierowca

- ratownik KPP — kierowca

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (art. 22b ust. 2 31 ust 2 pkt 3 kk).

[*]— niepotrzebne skreślić

.....

(podpis Oferenta)

