Konkurs nr 120/2026 **Załącznik nr 1**

FORMULARZ OFERTOWY
Z KRYTERIAM OCENY PUNKTOWEJ

(Warunki lokalowe, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności (jeśli dotyczy zapewnia Udzielający zamówienia.)

DANE OFERENTA:

Imię i Nazwisko:……..……..……..

Nazwa, siedziba i adres prowadzenia działalności gospodarczej (zgodnie z CEIDG):

……..……

……..……

Telefon: ……..…… e-mail : ……..…

NIP: …….. REGON: ……..……

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie czynności ratownika medycznego w lokalizacji przy ul. lokalizacji przy ul. Dr A. Jagalskiego 10, kod 84-200 Wejherowo – Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie oraz **Rumi, Rumi 2, Gniewinie, Szemudzie, Redzie, Luzinie** w zakresach (*właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

Tabela A

Lp.	**Zakres, na który jest składana oferta**	**Wskazanie oferenta**	**Proponowane wynagrodzenie- stawka za 1 godzinę świadczenia usług**		**Oferowana miesięczna liczba godzin świadczenia usług w przedziale min.- max.**
1.	2.	3.	4		5.
1	III.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zespołach Ratownictwa Medycznego przez ratowników medycznych – ratownik medyczny/ kierowca ambulansu*/kierownik zespołu* **niepotrzebne skreślić*		w dni od poniedziałku do piątku oraz soboty i niedziele	za świadczenie usług w następujących dniach przypadających w okresie obowiązywania umowy tj.: 24.12 w godz.7.00-7.00 dnia następnego, 25.12 w godz. 7.00-7.00 dnia następnego; 26.12 w godz. 07.00-19.00, 31.12. w godz. 19.00-7.00 dnia następnego, 01.01. w godz. 7.00-19.00, niedzielę Wielkanocną w godz. 7.00-7.00 dnia następnego i poniedziałek Wielkanocny w godz. 7.00-19.00.	**12 godz. min.*****- …… godz. max.
			Stawka podstawowa ……. zł*	Dodatek 50% stawki podstawowej ……. zł**	

Uwaga:

1) W kolumnie nr 4 należy podać proponowane wynagrodzenie za jedną godzinę świadczenia usług zgodnie z opisem w tabeli.

2) Wynagrodzenie należy podać w złotych polskich cyfrowo.
3) Ceną oferty jest stawka za 1 godzinę świadczenia usług.
4) Oferent w proponowanej stawce za 1 godzinę udzielania świadczeń w ramach ZRM zawiera także wartość 30% dodatku wyjazdowego wynikającego z art. 99b ust. 2 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej.
5) *stawka podstawowa za godzinę udzielania świadczeń bez uwzględnienia następującego dodatku, wskazanego w pkt 6), o który stawka podstawowa ulegnie zwiększeniu.
6) **dodatek 50% do stawki podstawowej, o której mowa w pkt 5) za pracę w święta newralgiczne (24.12 w godz.7.00-7.00 dnia następnego, 25.12 w godz. 7.00-7.00 dnia następnego; 26.12 w godz. 7.00-7.00 dnia następnego, 31.12. w godz. 19.00-7.00 dnia następnego, 01.01. w godz. 7.00-19.00 dnia następnego, niedzielę Wielkanocną w godz. 7.00-7.00 dnia następnego i poniedziałek Wielkanocny w godz. 7.00-7.00 dnia następnego)

*** Udzielający zamówienie zastrzega, iż zapewni minimalną ilość godzin w dyżurach w godzinach od 7 do 19 lub od 7 do 23.

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert, SWKO oraz projektem umowy, akceptuje ich treść oraz – nie wnoszę zastrzeżeń / wnoszę zastrzeżenia do umowy – (zastrzeżenia do umowy w piśmie z dnia.....)**.
2. **Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia, w okresie objętym okresem związania ofertą. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku bezzasadnej odmowy podpisania umowy poniosę wobec Udzielającego zamówienia odpowiedzialność odszkodowawczą z tego tytułu.**
3. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, wymagane Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, w tym Prawo Wykonywania Zawodu bez ograniczeń (jeśli dotyczy), które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty (kserokopie) oraz wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zaświadczenie/wyciąg/wydruk z systemu z aktualnej księgi rejestrowej) - (jeśli dotyczy).
4. Posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi, niezbędną wiedzę i doświadczenie, dysponuję osobą zdolną do wykonania zamówienia oraz pozostaję w sytuacji zapewniającej należyte wykonanie zamówienia.
5. Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
6. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty.
7. Zobowiązuję się do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach wyznaczonych przez Udzielającego zamówienia.
8. Posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie podpisania umowy**.
9. Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym i ZUS-em.
10. Zgłosiłam/-łem swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.
11. Zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii dokumentu potwierdzającego ukończenie kurs BHP oraz stosownych zaświadczeń lekarskich.
12. Oświadczam, że nie byłam/-em karana/-y za przewinienia/przestępstwa umyślne.
13. Oświadczam, że w spółce Szpitale Pomorskie sp. z o.o. w Gdyni świadczę pracę/nie świadczę pracy**) na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej. W przypadku pozostawania w zatrudnieniu w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu na podstawie stosunku pracy lub udzielania świadczeń w ramach umowy cywilnoprawnej, oświadczam, że z chwilą podpisania umowy o świadczenie usług zdrowotnych złożę w wniosek o rozwiązanie łączącej mnie ze Spółką Szpitale Pomorskie w Gdyni umowy zgodnie z okresem wypowiedzenia wynikającym z tej umowy.
14. Zobowiązuję się do nie podwyższania ceny za realizację świadczeń przez okres trwania umowy.

15. Przyjmuję do wiadomości, że Udzielający zamówienia dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy o 30% na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienia.
16. **Zobowiązuję się przed podpisaniem umowy przedłożyć:**
    a) Oferent będący obywatelem RP: zaświadczenie o niekaralności 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 lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego – **albo** Oferent nie będący obywatelem RP: zaświadczenie o niekaralności 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 lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego oraz ponadto informację z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.
    b) oświadczenie o państwie lub państwach, w których zamieszkiwał w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa*,
    c) oraz jednocześnie z oświadczeniem z lit. b) informację z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.**

    * Oświadczenie składane jest pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: "Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia". Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
    **Jeżeli prawo tych państw nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, przedkłada się informację z rejestru karnego tego państwa. W przypadku gdy prawo państwa, z którego ma być przedłożona powyższa informacja nie przewiduje jej sporządzenia lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego, składa się oświadczenie o tym fakcie wraz z oświadczeniem[1], że Przyjmujący zamówienie nie był prawomocnie skazany w tym państwie za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym 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 oraz nie wydano wobec niego innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuścił się takich czynów zabronionych, oraz że 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 nimi.

…… ……

Miejscowość, data

Podpis Oferenta/upoważnionego przedstawiciela*** wraz z pieczątką

**) niepotrzebne skreślić
***)Przedstawiciel Oferenta załącza stosowne pełnomocnictwo w oryginale, uwierzytelnione przez notariusza lub przez mocodawcę.

[1] * Oświadczenia składane są pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: "Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia". Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

TABELA B

KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES RATOWNIK MEDYCZNY		
1. KRYTERIUM – JAKOŚĆ (w przypadku posiadania dwóch dyplomów należy uwzględnić tylko jeden, odnośnie kursów 1.3. – 1.4. wskazać tylko jedną z rubryk, która dotyczy Oferenta, odnośnie kursów 1.5 i 1.6. wskazać jeśli Oferent posiada))		
1.1. Dyplom licencjat na kierunku ratownictwo medyczne	2 pkt	
1.2. Dyplom szkoły policealnej – ratownik medyczny,	1 pkt	
1.3. Kursy: 20 - 100 punktów edukacyjnych w danych okresie rozliczeniowym,	1 pkt	
1.4. Kursy: od 101 punktów edukacyjnych w danych okresie rozliczeniowym,	2 pkt	
1.5. Kurs: Postępowanie z pacjentem skażonym czynnikiem chemicznym,	2 pkt	
1.6. Kurs: Postępowanie z pacjentem skażonym radiacyjnie i napromieniowanym,	2 pkt	
2. KRYTERIUM – JAKOŚĆ (wskazać tylko tę jedną z rubryk, która dotyczy Oferenta)		
1825 dni pracy w zespołach wyjazdowych Ratownictwa Medycznego / Lotniczym Zespole Ratownictwa Medycznego/Szpitalnym Oddziale Ratunkowym/ Oddziałach intensywnego nadzoru lub terapii	2 pkt	
730-1825 dni pracy w zespołach wyjazdowych Ratownictwa Medycznego / Lotniczym Zespole Ratownictwa Medycznego/Szpitalnym Oddziale Ratunkowym/ Oddziałach intensywnego nadzoru lub terapii	1 pkt	
3. KRYTERIUM – OPINIA O JAKOŚCI ŚWIADCZONYCH USŁUG. (łączną ilość punktów należy wpisać z Załącznika nr 1A -bezpośrednia opinia przełożonego, jako warunek naliczenia punktów) max 10		
Pozytywna opinia przełożonego	pkt	
4. KRYTERIUM – DOSTĘPNOŚĆ (Uwaga! Deklarowana maksymalna liczba godzin winna być zgodna z oferowaną liczbą godzin świadczenia usług wskazaną w formularzu ofertowo-cenowym pod rygorem uznania jako wiążącej niższej wartości.)		
Powyżej 240 godzin	3 pkt	
180 – 240 godzin	2 pkt	
120-180 godzin	1 pkt	
Poniżej 120 godzin	0 pkt	
Gotowość do pełnienia dyżurów poza ustalonym grafikiem, według zapotrzebowania Udzielającego zamówienia.	2 pkt	
KRYTERIUM CIĄGŁOŚĆ		
4.1. DYSPOZYCYJNOŚĆ W ZAKRESIE OKRESU TRWANIA UMOWY		
1 rok	0 pkt	
2 lata	1 pkt	
3 lata	3 pkt	

RAZEM LICZBA PUNKTÓW: ……

……
(data, podpis Oferenta/upoważnionego przedstawiciela Oferenta***)

OŚWIADCZENIE

W oparciu o art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej: RODO) informujemy, że Administratorem Pani/Pana Danych Osobowych jest: Szpitale Pomorskie Spółka z o.o. z siedzibą w Gdyni, ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia (dalej: Szpitale Pomorskie). W sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych (jako osoby, której dane osobowe są przetwarzane) należy kontaktować się z Administratorem Danych Osobowych za pomocą adresu e-mail: lub drogą listu zwykłego na adres siedziby Szpitali Pomorskich: ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia. Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych ratownika medycznego, do którego złożył/a Pan/Pani formularz ofertowy na podstawie art. 6 ust 1 pkt a), b) i c) oraz art. 9 ust. 2 pkt a), b), c) i h) RODO. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat od daty zakończenia konkursu z uwagi na obowiązki prawne Administratora Danych Osobowych związane z przeprowadzeniem konkursu, a następnie udokumentowaniem prawidłowości wyboru ofert konkursowych. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego (poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego), natomiast będą udostępniane innym odbiorcom, w szczególności podmiotom uprawionym do kontroli działalności spółki Szpital Pomorskie, w tym w zakresie prawidłowości konkursów przeprowadzanych zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, organom samorządu zawodowego, podmiotom świadczącym obsługę prawną spółki Szpitale Pomorskie oraz operatorom telekomunikacyjnym świadczącym usługi teleinformatyczne na rzecz Administratora Danych Osobowych. Informujemy, że przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych, jak również prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, a w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych do jej wycofania. Skorzystanie z prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody, a także nie skutkuje usunięciem danych w takim zakresie w jakim obowiązujące przepisy prawa zobowiązują Administratora Danych Osobowych do ich dalszego przetwarzania. Przysługuje Pani/Panu także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, w wypadku jeżeli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak jeżeli nie poda Pan/Pani danych osobowych i nie wyrazi zgody, nie będziemy mogli przeprowadzić postępowania konkursowego i dokonać jego rozstrzygnięcia z Pani/Pana udziałem. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania. Wycofanie zgody na przetwarzanie danych osobowych należy złożyć drogą poczty elektronicznej na adres mailowy iod@szpitalepomorskie.eu lub drogą poczty tradycyjnej, w formie pisemnej na adres siedziby spółki Szpitale Pomorskie.

Ja, niżej podpisana/-y oświadczam, iż przed wyrażeniem poniższych zgód zapoznałam/-em się z umieszczoną powyżej Klauzulą Informacyjną i niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dostarczonych przeze mnie w formularzu ofertowym i jego załącznikach, przez spółkę Szpitale Pomorskie Spółka z o.o. z siedzibą w Gdyni, ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia – Administratora Danych Osobowych, w celu:

1. wykorzystania podanych przeze mnie dobrowolnie danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych ratownika medycznego w spółce Szpitale Pomorskie, na jakie złożyłem/am ofertę konkursową zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych #.

☐ TAK

☐ NIE

2. używania przez spółkę Szpitale Pomorskie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, których jestem użytkownikiem, dla celów przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych ratownika medycznego w spółce Szpitale Pomorskie, w szczególności przeprowadzenia konkursu oraz prowadzenia negocjacji.

☐ TAK

☐ NIE

.....
(data, podpis Oferenta/upoważnionego przedstawiciela Oferenta***)

Niewyrażenie zgody wiąże się z niemożliwością wzięcia udziału w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych ratownika medycznego prowadzonym przez Administratora Danych Osobowych.
Potwierdzam poprawność podanych powyżej moich danych osobowych i dobrowolność ich przekazania.

…….....
(data, podpis Oferenta/upoważnionego
przedstawiciela Oferenta***)

***Przedstawiciel Oferenta załącza stosowne pełnomocnictwo w oryginale lub uwierzytelnione przez notariusza lub przez mocodawcę.