...............................................

(miejscowość, data)

Pieczęć Oferenta:

Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka

w Raciborzu

ul. Gamowska 3

47 – 400 Racibórz

**O F E R T A**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

**przez ratownika medycznego w komórkach organizacyjnych Szpitala Rejonowego w Raciborzu**

* **Szpitalny Oddział Ratunkowy**
* **Zespół Ratownictwa Medycznego i Transport Sanitarny**
* **Oddział ………………………………………..**

1. **Dane Oferenta**
2. Imię ..…………………………………………………………………………………………………………………………..
3. Nazwisko ..........................................................................................................................
4. PESEL ...............................................................................................................................
5. Nr prawa wykonywania zawodu ......................................................................................
6. NIP...............................................................REGON.........................................................
7. Adres zamieszkania ……………............................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania) ……………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Tel. Kontaktowy ...............................................................................................................
2. **Kwalifikacje zawodowe Oferenta**

* Tytuł zawodowy w zakresie Ratownictwa Medycznego/Medycyny Ratunkowej
* Kwalifikacje w zawodzie ratownik medyczny

1. **Doświadczenie w pracy / udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym procedurą konkursową:**

* 1 – 5 lat
* 6 – 10 lat
* powyżej 10 lat

1. **Proponowana stawka za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:** ……….…………

* Szpitalny Oddział Ratunkowy: …………………………………………………………….………………………...
* Zespół Ratownictwa Medycznego i Transport Sanitarny ..………………….………..………………..

W przypadku udzielenia świadczeń zdrowotnych w Zespołach Ratownictwa Medycznego (nie dotyczy transportu sanitarnego) Szpital za każdą godzinę udzielania świadczeń będzie dodatkowo wypłacał w kwotach brutto:

* 3,00 złote dla kierownika zespołu Ratownictwa Medycznego,
* 30% stawki godzinowej zgodnie z Dz.U.2021 poz. 2120 art. 4
* Oddział ………………………….: …….…………………

1. **Proponowana minimalna liczba godzin udzielania świadczeń miesięcznie na rzecz Udzielającego zamówienie**: ……………………………………………………………………………………………
2. **Oświadczenie oferenta**

Oświadczam, że zapoznałem się z przedmiotem postępowania o udzielanie określonych świadczeń opieki zdrowotnej, treścią ogłoszenia o konkursie, kryteriami oceny ofert, warunkami wymaganymi od świadczeniodawców oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.

………………………………………...… ………….………………………………………

(data złożenia oświadczenia) (pieczęć i czytelny podpis oferenta)

**WSZYSTKIE SKŁADANE W OFERCIE ZAŁĄCZNIKI WINNY BYĆ POTWIERDZONYMI ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM KOPIAMI WYMAGANYCH DOKUMENTÓW**

Załączniki:

1. kopie dokumentów (dyplom ukończenia szkoły/uczelni medycznej)
2. kserokopia polisy OC lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy
3. zaświadczenia z przeszkolenia w zakresie bhp i ppoż
4. kopia orzeczenia lekarskiego (wstępne, okresowe, kontrolne)
5. informacja / zaświadczenie „Zapytania o udzielenie informacji o osobie z Krajowego Rejestru Karnego na tle seksualnym i ochronie małoletnich” (zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 13.05.2016 r.
6. zaświadczenie z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym
7. oświadczenia

Szpital Rejonowy im. dr. Józefa

Rostka w Raciborzu,

Gamowska 3

47-400 Racibórz

……………………………………

……………………………………

……………………………………

*(Imię i nazwisko, adres)*

**Oświadczenia**

**UWZGLĘDNIAJĄCE PRZESŁANKI WYKLUCZENIA Z ART. 7 UST. 1 USTAWY o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania Wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp**

Na potrzeby konkursu na stanowisko: ….…………………………………………………………….. prowadzonego przez **Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu** oświadczam, co następuje:

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego* (Dz. U. poz. 835)*[[1]](#footnote-1).*

……………………………………….

*Data podpis osobisty*

………………………

Imię i nazwisko

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE z 2016 Nr 119 poz. 1) informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka ul. Gamowska 3, 47-400 Racibórz, tel. 032 - 755 50 71.
2. We wszystkich sprawach związanych z ochroną danych osobowych w Szpitalu Rejonowym im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu można kontaktować się z Inspektorem Danych Osobowych: [iodo@szpital-raciborz.org](mailto:iodo@szpital-raciborz.org) oraz pod numerem telefonu. 32 755 50 71
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu podpisania umowy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
4. Odbiorcami danych będą osoby upoważnione przez administratora, podmioty przetwarzające oraz podmioty upoważnione z przepisu prawa.
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa.
6. Posiadają Państwo prawo do żądania dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
7. Mają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia ochrony danych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
8. Podanie danych jest dobrowolne , jednak niezbędne do realizacji celu.
9. Państwa dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Informacją na temat przetwarzania danych osobowych w Szpitalu Rejonowym w Raciborzu oraz że zostałem/łam poinformowany/na o dostępności ww. informacji na stronie internetowej Szpitala: [www.szpital-raciborz.org](http://www.szpital-raciborz.org) oraz na tablicach informacyjnych.

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z **Procedurą Zgłoszeń Naruszeń oraz Ochrony Osób Dokonujących Zgłoszeń (Sygnalistów) nr ZSZ-18 z dnia 13.08.2024 r.** dostępną na stronie internetowej www.szpital-raciborz.org oraz w Dziale Kadr.

…………………………. ….……………………

Miejscowość i data Podpis

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Składając ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla potrzeb Szpitala Rejonowego   
w Raciborzu oświadczam, że:

1. Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia.
2. Zapoznałam/em się ze szczegółowymi warunkami konkursu i materiałami informacyjnymi i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Zapoznałam/em się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania ofert oraz wykonania usługi zamówienia.
4. Uważam się związana/y z ofertą przez okres 30 dni.
5. Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
6. Znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
7. Posiadam niezbędną wiedzę oraz potencjał techniczny i kadrowy niezbędny do wykonania zamówienia.
8. Nie zalegam z opłacaniem zobowiązań publicznoprawnych we właściwym urzędzie skarbowym.
9. Rodzaj działalności leczniczej i zakres świadczeń zdrowotnych odpowiada przedmiotowi zamówienia zgodnie z art.26 Ustawy z dnia 15.04.2011 roku o działalności leczniczej.

Na każde żądanie zamawiającego zobowiązuję się dostarczyć niezwłocznie odpowiednie dokumenty potwierdzające prawdziwość każdej z kwestii zawartych w oświadczeniu. Wszystkie podane wyżej informacje są zgodne z prawdą. Ponadto oświadczam, że wszystkie dokumenty oraz przedstawione oświadczenia są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu komórkowego wyłącznie dla celów realizacji umowy.

Racibórz, dnia ...................................... ........................................................

podpis i pieczęć oferenta

**OŚWIADCZENIE**

**do Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym z dostępem ograniczonym**

W związku z planowanym rozpoczęciem **pracy/stażu/praktyk**\* w Szpitalu Rejonowym im. dr Józefa Rostka w Raciborzu w kontakcie z pacjentami małoletnimi w wieku do 18 r.ż. dobrowolnie wyrażam zgodę na przekazanie poniższych danych w celu weryfikacji mojej osoby w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym.

Informacja o osobie z Rejestru z dostępem ograniczonym będzie pobrana na podstawie § 20 ust. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 lipca 2017 r. w sprawie trybu, sposobu i zakresu uzyskiwania i udostępniania informacji z Rejestru z dostępem ograniczonym.

Dane niezbędne do sprawdzenia w Rejestrze:

Zadanie lub postępowanie: ~~ZATRUDNIENIE/STAŻ/PRAKTYKA/WOLONTARIAT/~~INNE (jakie?)\*

Numer PESEL: ……………………………………………………………………………………………………

Imię ……………………………………………………………………………………………………

Nazwisko ……………………………………………………………………………………………………

Nazwisko rodowe ……………………………………………………………………………………………….

Imię ojca ………………………………………………………………………………………………..

Imię matki ………………………………………………………………………………………………..

Data urodzenia ………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………..

podpis

\*niepotrzebne skreślić

……………………………………………….

(miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA O ZAPOZNANIU SIĘ ZE STANDARDAMI OCHRONY MAŁOLETNICH**

Oświadczam, że ja niżej podpisany

…………………………………………………………………….

(imię i nazwisko oświadczającego)

zapoznałem się ze Standardami Ochrony Małoletnich\* przyjętych w Szpitalu Rejonowym im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu oraz zobowiązuje się do ich przestrzegania w szczególności do raportowania informacji na temat zdarzeń i działań niezgodnych z ich treścią.

……………........................................

Podpis składającego oświadczenie

\*Standard Ochrony Małoletnich do pobrania ze strony internetowej Szpitala Rejonowego w Raciborzu Strefa Pacjenta – Pliki do pobrania – Polityka Ochrony Małoletnich

<https://szpital-raciborz.org/strefa-pacjenta/ogolne-informacje/>

Nazwisko ................................................. Imię …………..………...….........................................

PESEL..................................................... Kasa Chorych ............................................................

Data urodzenia.......................................... Miejsce urodzenia.....................................................

Nr karty stałego pobytu (dla obcokrajowców) ………………………………………...…….….……..

Miejsce zamieszkania

Miejscowość......................................... Ulica………………………………… Nr……….……...…

Kod pocztowy....................................... Gmina……………............. Powiat………………..….….

Poczta /miejscowość/…………..….….. Województwo………………………………………….…..

Nazwa Urzędu Skarbowego i adres………………………..…………………..………….………..…...

Nazwa banku…...............................................................................................................................

Nr konta \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Telefon……………………………..…………… E-mail ……………………………………..……….

# O Ś W I A D C Z E N I E

**Oświadczam jako Zleceniobiorca umowy, że:**

1. **Jestem/Nie jestem\*** zatrudniony(a) na podstawie umowy o pracę w zakładzie pracy ……… ......................………………….…................................

Wynagrodzenie z tytułu stosunku pracy **jest/nie jest**\* co najmniej równe minimalnemu wynagrodzeniu krajowemu obowiązującemu w danym roku kalendarzowym. (w roku 2025: 4666 zł brutto)

1. **Jestem/Nie jestem**\* objęty(a) obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym z tytułu umowy zlecenia/umowy agencyjnej/pracy nakładczej zawartej z innym podmiotem.

Łączne wynagrodzenie stanowiące podstawę do ubezpieczenia społecznego w każdym miesiącu **jest/nie jest**\* co najmniej równe minimalnemu wynagrodzeniu krajowemu w danym roku kalendarzowym.

1. **Wnoszę/Nie wnoszę\*** o objęcie *dobrowolnym* ubezpieczeniem *chorobowym.*

Do ubezpieczenia chorobowego można przystąpić wyłącznie, jeśli podlega się **obowiązkowym** ubezpieczeniom społecznym (emerytalnemu, rentowemu oraz wypadkowemu).

1. **Wnoszę/Nie wnoszę** o objęcie mnie *dobrowolnym* ubezpieczeniem *społecznym* (nie dotyczy składki chorobowej).
2. **Prowadzę/Nie prowadzę\*** działalność gospodarczą / KRUS – podać NIP …………..…………

Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej **opłacam/nie opłacam**\* składki społeczne w pełnej wysokości/składki społeczne na preferencyjnych warunkach.

1. **Jestem/Nie jestem\*** emerytem/rencistą\* nr świadczenia **ZUS/KRUS** ….................................
2. **Posiadam/Nie posiadam** orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

(stopień niepełnosprawności) …………………………....…………………………………………..

1. **Jestem/Nie jestem\*** uczniem/studentem\*, nazwa szkoły/uczelni\* …..................…….………..… i **ukończyłem/nie ukończyłem\*** 26 lat
2. **Jestem/Nie jestem**\* bezrobotny(a), zarejestrowany(a) w Urzędzie Pracy w …........……..… …...............................…………………....**z prawem/bez prawa**\* do zasiłku dla bezrobotnych.
3. **Przebywam/Nie przebywam\*** na urlopie **wychowawczym/bezpłatnym**\* od …..…...…........ do …..…...….......
4. W poprzednim zakładzie pracy **potrącono/nie potrącono\*** składkę chorobową.

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą jest mi znana.

Zobowiązuję się do poinformowania na piśmie Zleceniodawcę w terminie 5 dni od dnia wystąpienia zmian dotyczących treści niniejszego oświadczenia.

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego o ile wykonanie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom.

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych, które mają wpływ na opłacenie składek zobowiązuje się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenie społeczne finansowane ze środków ubezpieczonego i zleceniodawcy oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia

………………………………. ………………………………

**Miejscowość i data Podpis zleceniobiorcy**

**KLAUZULA INFORMACYJNA   
DLA OSÓB ZAWIERAJĄCYCH UMOWY ZLECENIA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE z 2016 Nr 119 poz. 1) informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka ul. Gamowska 3, 47-400 Racibórz, tel. 032 - 755 5000.
2. Administrator Ochrony Danych, powołał Inspektora Ochrony Danych , dostępnego pod tel. 32 755 50 71 oraz adresem mailowym: [iodo@szpital-raciborz.org](mailto:iodo@szpital-raciborz.org)
3. Przetwarzanie Państwa danych osobowych odbywa się w celu: podjęcia działań zmierzających do zawarcia umowy oraz w celu realizacji praw i obowiązków wynikających z zawartej umowy cywilnoprawnej (umowy zlecenia), zwykle na podstawie: art. 6 ust. 1 lit. b) i lit.c) RODO, w związku z ustawą Kodeks cywilny lub innych przepisów szczególnych, art. 9 ust. 2 lit. a) RODO (w przypadku podania szczególnych kategorii danych).
4. Odbiorcami danych będą osoby upoważnione przez administratora, podmioty przetwarzające oraz podmioty upoważnione z przepisu prawa.
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa.
6. Posiadają Państwo prawo do żądania dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Mają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia ochrony danych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
9. Podanie danych osobowych jest wymogiem zawarcia umowy. Brak podania danych osobowych będzie skutkować brakiem zawarcia umowy.
10. Państwa dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
11. **Procedura Zgłoszeń Naruszeń oraz Ochrony Osób Dokonujących Zgłoszeń (Sygnalistów) nr ZSZ-18 z dnia 13.08.2024 r.** dostępna na stronie internetowej www.szpital-raciborz.org oraz w Dziale Kadr

…………………………. ….……………………

Miejscowość i data Podpis Zleceniobiorcy

1. Zgodnie z treścią art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, zwanej dalej „ustawą”,* z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu prowadzonego na podstawie ustawy Pzp wyklucza się:

   1) wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

   2) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

   3) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy. [↑](#footnote-ref-1)