

WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO  
I TRANSPORTU SANITARNEGO „MEDITRANS“  
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI  
ZDROWOTNEJ W WARSZAWIE

00-685 Warszawa, ul. Poznańska 22  
tel: (0-22) 525-14-05 fax: (0-22) 525-13-80

NIP: 526-17-36-429

REGON: 000294674

WSPRiTS/ZP/9/19

Warszawa, dnia 19.02.2019 r.

SZCZEGÓŁOWE  
WARUNKI KONKURSU

Dotyczy:

Postępowania konkursowego ogłoszonego przez Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „MEDITRANS” SPZOZ w Warszawie na:

Konkurs ofert (uzupełniający) na świadczenie usług medycznych  
w Zespołach Ratownictwa Medycznego przez:

1. Pielęgniarki systemu
2. Ratowników medycznych

## I. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferent składa ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu.
  - **Każdy oferent może złożyć jedną ofertę w danym zakresie.**
  - **Oferent, który złoży więcej niż jedną ofertę w danym zakresie zostanie odrzucony z postępowania.**
  - Nie dopuszcza się składania ofert wariantowych. Oferta zawierająca wariantowe propozycje cenowe zostanie odrzucona.
2. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Ofertę należy przygotować na druku "OFERTA". Oferentowi nie wolno dokonywać **żadnych** zmian merytorycznych we wzorze druku „OFERTA”, (w załączeniu: pisemny wzór dokumentu).
4. Oferta - pod rygorem jej odrzucenia - powinna być napisana w języku polskim (z wyłączeniem pojęć medycznych), na maszynie, komputerze lub ręcznie nieścieralnym atramentem oraz podpisana przez osobę / osoby upoważnione do złożenia oferty.
5. Oferty złożone po wyznaczonym terminie lub nadane jako przesyłka pocztowa lub drogą faksu, niezależnie od daty nadania, nie będą rozpatrywane.
6. Każda zapisana strona oferty musi być parafowana przez osobę podpisującą ofertę.
7. Wszystkie dokumenty i oświadczenia sporządzone w językach obcych należy złożyć wraz z tłumaczeniem na język polski sporządzonym przez tłumacza przysięgłego.
8. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami **na ponumerowanych stronach** należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem:

*Imię i nazwisko Oferenta*

**Konkurs ofert (uzupełniający) na świadczenie usług medycznych przez:**

.....

*(wpisać usługę)*

*Nie otwierać przed 01.03.2019 r. godz. 09:30*

***Liczba stron*** *(określić, ile zapisanych stron znajduje się w kopercie)*

9. Oferta pod rygorem odrzucenia musi zawierać wszystkie wymagane w Szczegółowych Warunkach Konkursu dokumenty wymienione w rozdziale II. Jeśli dokument przedstawiony jest w postaci kserokopii, winien być opatrzony adnotacją: „za zgodność z oryginałem” i podpisany przez osobę składającą ofertę.
10. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście oferty muszą być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
11. Ofertę przed upływem terminu składania ofert można zmienić lub wycofać.

12. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty winno zostać złożone w sposób i w formie przewidzianej dla oferty, z tym, że koperta winna być dodatkowo oznaczona określeniem „ZMIANA” lub „WYCOFANIE”.
13. Zamawiający może żądać przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu wtedy, gdy przedstawiona przez Oferenta kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości, co do jej prawdziwości, a Zamawiający nie może sprawdzić jej prawdziwości w inny sposób.

## **II. WYMAGANIA FORMALNO - PRAWNE W ODNIESIENIU DO OFERENTÓW:**

1. Oferent ubiegający się o udzielanie usług medycznych zobowiązany jest do złożenia:

### **❖ RATOWNIK MEDYCZNY:**

- 1) wypełnionego formularza oferty, przedstawionego przez Zamawiającego;
- 2) CV;
- 3) zaświadczenia o kwalifikacjach zawodowych osób, które będą udzielały świadczeń w postaci (kserokopie):
  - dyplomu ukończenia szkoły, potwierdzającego uzyskanie tytułu zawodowego „ratownik medyczny”;
- 4) kserokopii aktualnej karty przebiegu doskonalenia zawodowego ratownika medycznego;
- 5) oświadczenia o wykonywaniu usług medycznych w innym podmiocie świadczącym usługi medyczne – zgodnie z załącznikiem nr 2 do SWK;
- 6) zaświadczenia lub świadectwa pracy potwierdzającego doświadczenie zawodowe w zespołach ratownictwa medycznego, wystawionego przez pracownika Działu Personalnego/Działu Kadr Jednostki, na rzecz której są lub były świadczone usługi medyczne (wzór stanowi załącznik nr 3 do SWK);
- 7) odpisu z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;
- 8) oświadczenia – deklaracji – zgodnie z załącznikiem nr 4 do SWK.

### **❖ PIELEŃNIARKA SYSTEMU:**

- 1) wypełnionego formularza oferty, przedstawionego przez Zamawiającego;
- 2) CV;
- 3) zaświadczenia o kwalifikacjach zawodowych osób, które będą udzielały świadczeń w postaci (kserokopie):
  - dyplomu ukończenia szkoły
  - prawa wykonywania zawodu
  - zaświadczenia o ukończonych kursach;
- 4) kserokopii zaświadczenia o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych (na obszarze działania Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych);
- 5) oświadczenia o wykonywaniu usług medycznych w innym podmiocie świadczącym usługi medyczne – zgodnie z załącznikiem nr 2 do SWK;

6) zaświadczenia lub świadectwa pracy potwierdzającego doświadczenie zawodowe w zespołach ratownictwa medycznego, wystawionego przez pracownika Działu Personalnego/Działu Kadr Jednostki, na rzecz której są lub były świadczone usługi medyczne (wzór stanowi załącznik nr 3 do SWK);

7) odpisu z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;

8) oświadczenia – deklaracji – zgodnie z załącznikiem nr 4 do SWK.

2. Zamawiający informuje, że świadczenie usług określonych konkursem odbywać się będzie w powiatach: piaseczyńskim i pruszkowskim oraz w m.st. Warszawie.

3. Dokumenty wymienione w ust. 1 składane są w formie kopii, poświadczonych za zgodność z oryginałem przez Oferenta.

4. W przypadku braku otwartej lub nieaktywnej działalności gospodarczej, Oferent składa oświadczenie, stanowiące jego zobowiązanie do założenia działalności gospodarczej i dostarczenia wszystkich dokumentów z tym związanych najpóźniej do dnia podpisania umowy, w sytuacji wyboru jego oferty jako najkorzystniejszej w przedmiotowym konkursie.

5. W przypadku osób, które składały oferty konkursowe w latach wcześniejszych, jako poświadczenie posiadania i złożenia ww. dokumentów określonych w Rozdziale II pkt. 1 ppkt. 3) SWK, należy załączyć zaświadczenie wystawione przez Dział Personalny WSPRiTŚ „Meditrans” SPZOZ w Warszawie.

6. Niezłożenie ww. dokumentów spowoduje odrzucenie oferty.

7. W przypadku, gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

8. Do konkursu mogą przystąpić jedynie podmioty, które w zakresie działalności mają świadczenie usług medycznych.

9. O odrzuceniu z postępowania konkursowego Zamawiający powiadomi niezwłocznie Oferenta, podając uzasadnienie.

### **III. USZCZEGÓLOWIENIE PRZEDMIOTÓW KONKURSU**

#### **1. Określenie przedmiotu konkursu**

##### **❖ pielęgniarce systemu;**

*Oferenci powinni spełniać wymagania art. 3 ust. 6 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, tj.:*

- ✓ *pielęgniarka, która posiada tytuł specjalisty lub specjalizująca się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii;*
- ✓ *posiada co najmniej 3 letni staż pracy w oddziałach ww. specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym;*

❖ ratownicy medyczni:

*Oferenci powinni spełniać wymagania art. 10 i 58 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, tj.*

- ✓ *ratownik, który posiada ukończone studia wyższe na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne lub ukończył publiczną lub niepubliczną szkołę policealną o uprawnieniach szkoły publicznej i posiada dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego „ratownik medyczny”.*

2. Oferent jest zobowiązany do przedłożenia najpóźniej w dniu podpisania umowy:
  - polisy OC (umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych):
    - 1) pielęgniarki systemu w odniesieniu do jednego i do wszystkich zdarzeń na kwotę 46 500 EURO,
    - 2) ratownicy medyczni w odniesieniu do jednego i do wszystkich zdarzeń na kwotę 46 500 EURO;
  - zaświadczenia lekarskiego wydanego przez uprawnionego lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na określonym stanowisku oraz aktualnego zaświadczenie dotyczące szkoleń z zakresu BHP.
3. Zamawiający udostępni pomieszczenie socjalne na czas wykonywania świadczeń.
4. Oferent, w przypadku wybrania jego oferty, nie będzie mógł prowadzić działalności konkurencyjnej wobec Zamawiającego, ani też świadczyć pracy w ramach stosunku pracy lub na innej podstawie na rzecz podmiotu prowadzącego działalność w zakresie ratownictwa medycznego na terenie Rejonu Operacyjnego 14/01, chyba że Zamawiający wyrazi na to zgodę w formie pisemnej przed podpisaniem umowy na świadczenia zdrowotne; powyższe dotyczyć będzie również okresu trwania umowy.
5. Zamawiający zastrzega sobie prawo do niezawierania umów z podmiotami, z którymi wcześniej została rozwiązana (przez którąkolwiek ze stron) umowa o pracę, umowa kontraktowa lub umowa na świadczenie usług.
6. Zamawiający zastrzega sobie możliwość renegotjacji stawek i/lub ilości godzin w trakcie trwania umowy, w szczególności w przypadku zmiany warunków finansowania.
7. Umowy zostaną zawarte na okres: od dnia 01.04.2019 r. do 01.01.2021 r.
8. Stawki maksymalne proponowane przez Zamawiającego:
  - Doświadczenie zawodowe: 10 lat i powyżej 10 lat – 25 zł/godzinę
  - Doświadczenie zawodowe: od 6 lat do poniżej 10 lat – 24 zł/godzinę
  - Doświadczenie zawodowe: od 4 lat do poniżej 6 lat – 21 zł/godzinę
  - Doświadczenie zawodowe: od 2 lat do poniżej 4 lat – 20 zł/godzinę
  - Doświadczenie zawodowe: poniżej 2 lat – 18 zł/godzinę.(Doświadczenie zawodowe rozumiane jako świadczenie usług medycznych w zespołach ratownictwa medycznego na stanowisku pielęgniarki systemu/ratownika medycznego/kierowcy – ratownika medycznego należy liczyć na dzień 01.03.2019 r. – t.j. dzień upływu terminu składania ofert).

Jednocześnie Zamawiający informuje, że przewiduje dodatki:

- za kierowanie zespołem ratownictwa medycznego – 4 zł/godzinę;
- za świadczenie usług w dwuosobowym zespole ratownictwa medycznego – 4 zł/godzinę,
- za świadczenie usług w ramach dyżurów rozpoczynających się w dniach (godz. 7:00-7:00): 1 listopada, 24 grudnia, 25 grudnia, 26 grudnia, 31 grudnia i 1 stycznia – 50% podstawowej stawki godzinowej określonej w umowie/godzinę.

Minimalna liczba godzin do wykonania w miesiącu, wymagana do zaoferowania – 96.

#### **IV. ZASADY OCENY OFERT**

##### 1. Zasady wyboru oferty

Zamawiający wyłoni Oferenta, którego oferta:

- odpowiada wszystkim wymaganiom przedstawionym w SWK;
- przedstawia najkorzystniejszą ofertę, wg podanych kryteriów.

##### 2. Kryteria oceny ofert

2.1. Oferty będą oceniane w odniesieniu do najkorzystniejszych warunków przedstawionych przez Oferentów w zakresie nw. kryterium:

- a) stawka za 1 godzinę świadczeń – 80 %
- b) doświadczenie zawodowe – 20%

a) algorytm oceny kryterium **stawka**:

Stawka szacunkowa

$W_p(S) = \frac{\text{Stawka szacunkowa}}{\text{Stawka oferty badanej}} \times 80\%$ , gdzie:

Stawka oferty badanej

Stawka szacunkowa – stawka, którą Zamawiający może przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia.

Rozliczenia między Zamawiającym, a Oferentem będą prowadzone w PLN.

b) algorytm oceny kryterium **doświadczenie zawodowe**:

W tym kryterium oceniane jest świadczenie usług medycznych w zespołach ratownictwa medycznego na stanowisku pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego lub kierowcy - ratownika medycznego.

Doświadczenie zawodowe: 10 lat i powyżej 10 lat – 20 pkt.

Doświadczenie zawodowe: od 6 lat do poniżej 10 lat – 15 pkt.

Doświadczenie zawodowe: od 4 lat do poniżej 6 lat – 10 pkt.

Doświadczenie zawodowe: od 2 lat do poniżej 4 lat – 5 pkt.

Doświadczenie zawodowe: poniżej 2 lat – 0 pkt.

*Przyjmuje się, że 1% = 1 pkt i tak zostanie przeliczona liczba punktów.*

Punkty wynikające z algorytmu matematycznego uzyskane przez Oferenta zostaną zaokrąglone do dwóch miejsc po przecinku. Oferta wypełniająca w najwyższym stopniu wymagania określonego kryterium, otrzyma maksymalną liczbę punktów. Pozostałym ofertom przypisana zostanie odpowiednio mniejsza liczba punktów.

2.2. Rozliczenia między Zamawiającym a Oferentem będą prowadzone w PLN.

3. Komisja wyłoni Oferentów, którzy uzyskali najwyższą liczbę punktów w na podstawie kryteriów określonych w rozdziale IV pkt. 2. Zamawiający zastrzega sobie możliwość przeprowadzenia rozmowy kwalifikacyjnej (negocjacji) jako drugi etap konkursu ofert.

4. W przypadku przeprowadzenia rozmowy kwalifikacyjnej jej zakres będzie obejmował zagadnienia z ratownictwa medycznego, zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Oferenci zostaną powiadomieni o dacie i godzinie spotkania, w szczególności poprzez zamieszczenie ww. informacji na stronie internetowej Zamawiającego. Z rozmowy kwalifikacyjnej zostanie sporządzony pisemny protokół.

## **V. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT**

1. Ofertę w zamkniętej / zaklejonej kopercie opatrzonej napisami jak w rozdziale I niniejszych Szczegółowych Warunkach Konkursu należy złożyć **do dnia 01.03.2019 r. do godz. 09:30** w Dziale Zamówień Publicznych, pokój 1.20, I piętro – Budynek Główny.
2. Na swoje życzenie Oferent otrzyma pisemne potwierdzenie złożenia oferty wraz z numerem, jakim została oznakowana oferta.
3. Celem dokonania zmian bądź poprawek - Oferent może wycofać wcześniej złożoną ofertę i złożyć ją po modyfikacji ponownie, pod warunkiem zachowania wyznaczonego w SWK terminu składania ofert.
4. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Oferentowi bez otwierania po upływie terminu składania ofert.

## **VI. TRYB UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ W SPRAWACH DOTYCZĄCYCH SWK ORAZ CAŁEGO POSTĘPOWANIA**

1. Przed wyznaczonym terminem do składania ofert, Oferent może zwracać się do Zamawiającego o wyjaśnienia dotyczące wszelkich wątpliwości związanych z SWK, sposobem przygotowania i złożenia oferty - **kierując swoje zapytania na piśmie.**

Pisemna odpowiedź zostanie zamieszczona na stronie internetowej Zamawiającego.

**Zamawiający nie ma obowiązku udzielania odpowiedzi na zapytania do SWK w wypadku ich złożenia w terminie późniejszym niż 3 dni przed wyznaczoną datą otwarcia ofert.**

Do kontaktu z oferentami w sprawach jw. upoważniona jest:

**Anna Piekut**

**Tel. (22) 52 51 243**

**Budynek Główny – I piętro, pokój 1.20**

2. Wszystkie oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Zamawiający i Oferenci przekazują **pisemnie.**

## **VII. TRYB WPROWADZANIA EWENTUALNYCH ZMIAN W SWK**

1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed terminem składania ofert Zamawiający może zmodyfikować treść dokumentów składających się na Szczegółowe Warunkach Konkursu.
2. O każdej zmianie Zamawiający zawiadomi niezwłocznie każdego z uczestników postępowania, zamieszczając informację na stronie internetowej.
3. W przypadku, gdy zmiana powodować będzie konieczność modyfikacji oferty, Zamawiający może przedłużyć termin składania ofert. W takim przypadku wszelkie prawa i zobowiązania - Oferenta i Zamawiającego będą podlegały nowemu terminowi.

## **VIII. TERMIN ZWIĄZANIA WARUNKAMI OFERTY**

1. Oferent związany jest ofertą przez okres **30 dni**, licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.

## **IX. MIEJSCE I TRYB OTWARCIA OFERT**

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu KOMISJI KONKURSOWEJ, które odbędzie się w siedzibie Zamawiającego w Sali konferencyjnej dnia **01.03.2019 r.** o godz. **10:00**.
2. Odrzuca się ofertę:
  - złożoną przez Oferenta po terminie;
  - zawierającą nieprawdziwe informacje;
  - jeżeli Oferent nie określił przedmiotu oferty, lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń;
  - jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
  - jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
  - jeżeli Oferent złożył ofertę alternatywną;
  - jeżeli Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w „Szczegółowych Warunkach Konkursu”.

## **X. OBOWIĄZKI ZAMAWIAJĄCEGO**

1. Zamawiający w czasie otwarcia ofert przekaze uczestnikom postępowania konkursowego obecnym na otwarciu informacje dotyczące:
  - nazwy (imię i nazwisko) Oferenta;
  - ceny oferty.
2. Zamawiający po zatwierdzeniu wyników konkursu przekaze wszystkim Oferentom:
  - nazwę (imię i nazwisko) Oferenta, którego ofertę uznano za najkorzystniejszą;
  - uzasadnienie wyboru oferty.
3. Ogłoszenie wyników odbędzie się poprzez wywieszenie ogłoszenia na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego oraz zamieszczenie na stronie internetowej



[www.meditrans.waw.pl](http://www.meditrans.waw.pl) w zakładce „zamówienia publiczne”, w terminie nie później niż do dnia 21.03.2019 r.

## **XI. ISTOTNE POSTANOWIENIA ZAWIERANEJ UMOWY**

Projekt umowy do wglądu w Dziale Personalnym, ul. Poznańska 22.

## **XII. FORMALNOŚCI, JAKIE POWINNY ZOSTAĆ DOPENIONE W CELU ZAWARCIA UMOWY**

W przypadku braku protestów i odwołań Oferent, który złożył najkorzystniejszą ofertę obowiązany jest podpisać umowę, zgodnie ze stawkami przedstawionymi w ofercie.

Umowa zostanie zawarta w terminie nie krótszym niż 7 dni od dnia przekazania zawiadomienia o wyborze oferty.

## **XIII. ŚRODKI ODWOŁAWCZE PRZYSŁUGUJĄCE OFERENTOM**

Oferentowi przysługują środki odwoławcze zgodnie z art. 26 ustawy o działalności leczniczej w związku z art. 153 i 154 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. 2018 poz. 1510):

1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, Oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
3. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
4. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
5. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń w lokalu Zamawiającego.
6. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
7. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do Zamawiającego, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
8. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

9. Po rozpatrzeniu odwołania Zamawiający podejmuje decyzję uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia wydania na tablicy ogłoszeń Zamawiającego.

#### **XIV. KLAUZULA INFORMACYJNA RODO**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „Meditrans” Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie, ul. Poznańska 22, wpisana do Rejestru Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000061291;
- kontakt do inspektora ochrony danych osobowych w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „Meditrans” SPZOZ w Warszawie: [iod@meditrans.waw.pl](mailto:iod@meditrans.waw.pl); /22/ 52 51 365;
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z przedmiotowym postępowaniem konkursowym na świadczenie usług medycznych;
- odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o przepisy prawa, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora;
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO, przez okres 5 lat od dnia zakończenia postępowania konkursowego, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 5 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
- obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach prawa, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych będzie brak możliwości realizacji umowy;
- w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- posiada Pani/Pan:
  - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
  - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych \*\*;
  - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO \*\*\*;

- prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
- nie przysługuje Pani/Panu:
  - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
  - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
  - na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

\* **Wyjaśnienie:** informacja w tym zakresie jest wymagana, jeżeli w odniesieniu do danego administratora lub podmiotu przetwarzającego istnieje obowiązek wyznaczenia inspektora ochrony danych osobowych.

\*\* **Wyjaśnienie:** skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania konkursowego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą o działalności leczniczej (Dz.U. 2018 poz. 2190) oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników.

\*\*\* **Wyjaśnienie:** prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

Akceptacja treści SWK wraz z załącznikami przez członków komisji (podpis i pieczętka):

Przewodniczący komisji: Jerzy Rekosz .....

Sekretarz komisji: Anna Piekut .....

Członek komisji: Elżbieta Weinzieher .....

Członek komisji: Ewa Ślęzak .....

Członek komisji: Łukasz Szarpak .....

Członek komisji: Jolanta Fudalej .....

Członek komisji: Monika Zalewska .....

Sprawdzono treść SWK wraz z załącznikami pod względem formalno-prawnym (podpis i pieczętka):

Radca prawny: .....

*Szczegółowe Warunki Konkursu  
zatwierdził w dniu 19.02.2019 r.*

DYREKTOR

....., dnia.....

.....  
pieczętka

# O F E R T A

## I. Dane Oferenta:

1. Imię i Nazwisko .....
2. Adres .....
3. Numer telefonu .....
4. Adres e-mail: .....

## II. Przedmiot oferty:

Oferta dotyczy postępowania konkursowego ogłoszonego przez:

WOJEWÓDZKĄ STACJĘ POGOTOWIA RATUNKOWEGO  
I TRANSPORTU SANITARNEGO „MEDITRANS” SPZOZ W WARSZAWIE  
UL. POZNAŃSKA 22  
00-685 WARSZAWA

na:

Konkurs ofert (uzupełniający) na świadczenie usług medycznych  
w Zespołach Ratownictwa Medycznego przez:

1. Pielęgniarki systemu
2. Ratowników medycznych

*Nr postępowania: WSPRITS/ZP/9/19*

### III. Potwierdzenie spełnienia wymagań formalno – prawnych (spis treści)

1. Wypełniony formularz oferty (wzór Zamawiającego)..... str. od.....do.....
2. CV ..... str. od.....do.....
3. Zaświadczenie o kwalifikacjach zawodowych osób, które będą udzielały świadczeń (kserokopie): ..... str. od.....do.....
4. Odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert..... str. od.....do.....
5. Oświadczenie o wykonywaniu usług medycznych w innym podmiocie świadczącym usługi medyczne – zgodnie z załącznikiem nr 2 do SWK ..... str. od.....do.....
6. Zaświadczenie lub świadectwo pracy potwierdzające doświadczenie zawodowe w zespołach ratownictwa medycznego, wystawione przez pracownika Działu Personalnego/ Działu Kadr Jednostki, na rzecz której są lub były świadczone usługi medyczne (wzór stanowi załącznik nr 3 do SWK-jeżeli dotyczy) .....str. od.....do.....
7. Oświadczenie – deklaracja – zgodnie z załącznikiem nr 4 do SWK..... str. od.....do.....

### IV. Potwierdzenie zapoznania się z treścią ogłoszenia, SWK, przyjęcia do wiadomości warunków ustaleń, które są projekcie umowy oraz zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Występując w postępowaniu konkursowym (uzupełniającym) na świadczenie usług medycznych przez:

.....  
(wpisać usługę)

oświadczam, że:

- ✓ zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, SWK oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń;
- ✓ wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przekazanych w ofercie oraz w później składanych dokumentach, oświadczeniach i wyjaśnieniach dla potrzeb związanych z niniejszym postępowaniem konkursowym, zgodnie z ustawą z 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) oraz w związku z Rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.5.2016, str. 1).

OFERTA z załącznikami zawiera łącznie: ..... ponumerowanych stron.

.....  
*podpis Oferenta*

Warszawa, dnia ..... r.

### FORMULARZ OFERTOWY

Do konkursu ofert (uzupełniającego) na świadczenie usług medycznych w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „MEDITRANS” SPZOZ w Warszawie przez:

.....  
(wpisać usługę)

w miejscu:

- m. st. Warszawa
- powiat pruszkowski
- powiat piaseczyński

IMIĘ I NAZWISKO.....

OBECNE MIEJSCE ZATRUDNIENIA.....

.....

**Za realizację zamówienia oczekuję należności w wysokości ..... PLN za jedną godzinę świadczeń.**

**Zobowiązuję się do wykonania ..... godzin w każdym miesiącu.**

/nie mniej niż 96 h /

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z przepisami art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. 2018 poz. 2190).

Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy.

.....  
Podpis składającego ofertę

Warszawa, dnia .....r.

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany/na.....  
świadomy/ma odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 kk w związku z  
treścią art. 233 § 6 kk, składając ofertę do postępowania konkursowego na świadczenie  
usług medycznych, niniejszym oświadczam, że nie świadczę/świadczę\* usług medycznych  
w zakresie ..... (podać usługę/stanowisko)  
w innym podmiocie świadczącym usługi medyczne:

Lp.	Nazwa jednostki	Stanowisko	Rodzaj umowy	Ilość godzin w miesiącu	Imię i nazwisko bezpośredniego przełożonego
1.					
2.					
3.					

.....  
czytelny podpis

\* - niepotrzebne skreślić

....., dnia .....r.

.....  
pieczętka firmowa Jednostki

### ZAŚWIADCZENIE O DOŚWIADCZENIU ZAWODOWYM

Poświadczam, że p. .... (imię i nazwisko)  
posiada doświadczenie zawodowe na stanowisku .....  
(pielęgniarki systemu/ratownika medycznego/kierowcy-ratownika medycznego) w Zespole  
Ratownictwa Medycznego w latach: od ..... do  
..... (wpisać datę: dzień/miesiąc/rok).

Podpis i pieczętka imienna pracownika  
Działu Personalnego/Działu Kadr

.....



## OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

PESEL.....

Stanowisko pracy / zawód.....

Numer dyplomu (ratownik medyczny).....

Numer prawa wykonywania zawodu.....

Oświadczam, że wyrażam gotowość do świadczenia usług medycznych w ramach umowy cywilnoprawnej zawartej z Wojewódzką Stacją Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „Meditrans” SP ZOZ w Warszawie ul. Poznańska 22 od 1 kwietnia 2019 roku do 31 grudnia 2020 roku.

Deklaruję gotowość do dyżurowania ..... godzin miesięcznie.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych również na potrzeby przyszłych rekrutacji, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).*

Data..... Podpis.....