

FORMULARZ OFERTOWY

Konkurs ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie działalności
Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w okresie od **03.06.2025** r. do **03.06.2026** r.

Imię i nazwisko oraz nazwa praktyki lekarskiej (firmy)

.....

Stale miejsce wykonywania działalności gospodarczej

.....

Adres do doręczeń (jeżeli inny niż siedziba firmy):

.....

Nr prawa wykonywania zawodu — — — — —

Telefon kontaktowy / Adres e-mail

...../.....

Nr rejestracyjny w Izbie Lekarskiej / Nazwa Izby Lekarskiej

— — — — — /.....

Nr REGON..... NIP:.....

Lekarz systemu

zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym

I. Lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie:

- ☐ Medycyna ratunkowa
- ☐ Anestezjologia i Intensywna Terapia
- ☐ Chirurgia ogólna
- ☐ Chirurgia dziecięca
- ☐ Ortopedia i traumatologia
- ☐ Ortopedia i traumatologia narządu ruchu
- ☐ Pediatria
- ☐ Choroby wewnętrzne
- ☐ Kardiologia
- ☐ Neurologia

II. Lekarz, który ukończył II rok specjalizacji i kontynuuje szkolenie specjalizacyjne oraz lekarz który zakończył szkolenie specjalizacyjne lub uzyskał decyzję o uznaniu dorobku naukowego i zawodowego (w terminie określonym w art. 16r ust. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287, z późn. zm.)) w dziedzinie:

- ☐ Medycyna ratunkowa
- ☐ Anestezjologia i Intensywna Terapia
- ☐ Neurologia

III. Lekarz, który w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie:

- ☐ Choroby wewnętrzne
- ☐ Chirurgia ogólna
- ☐ Pediatria

i kontynuuje szkolenie/ zakończył szkolenie specjalizacyjne oraz uzyskał tytuł specjalisty* w dziedzinie:

.....(podać dziedzinę szkolenia)

.....(podać datę rozpoczęcia i planowanego zakończenia szkolenia jeśli dotyczy)

**niepotrzebne skreślić*

IV. Tytuł naukowy

V. Doświadczenie w lotniczych zespołach ratownictwa medycznego:

- ☐ Tak.....(podać nazwę operatora i okres świadczenia usług)
- ☐ Nie

Oświadczenie

1. Oświadczam, że jestem gotowy/a do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku lekarza w **fili LPR w**
2. Zobowiązuję się do świadczeń w liczbie: (.....słownie.....) dyżurów w każdym miesiącu kalendarzowym.
3. Proponuję stawkę za jedną godzinę pracy w wysokości:.....
(.....słownie.....) PLN (brutto).
4. Oświadczam, że posiadam aktualne szczepienie przeciwko WZW B / rozpocząłem/ęłam immunizację.*
5. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, specyfikacji oraz wzorem umowy, a w przypadku wyboru mojej oferty jako najkorzystniejszej zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach w niej określonych oraz dostarczenia następujących dokumentów przed dniem jej podpisania, o ile nie zostały wcześniej przedstawione Udzielającemu zamówienia:
 - 1) kopii dyplomu ukończenia uczelni medycznej na wydziale lekarskim lub wydziału lekarskiego na innej uczelni,
 - 2) kopii dokumentu potwierdzającego prawo wykonywania zawodu,
 - 3) kopii dokumentu stwierdzającego posiadanie specjalizacji lub tytułu specjalisty (jeżeli dotyczy),
 - 4) aktualnego zaświadczenia potwierdzającego otwarcie szkolenia specjalizacyjnego oraz etap jego realizacji lub zaświadczenia o zakończeniu szkolenia lub decyzji o uznaniu dorobku naukowego i zawodowego (dotyczy oferentów, którzy nie posiadają specjalizacji lub tytułu specjalisty),
 - 5) kopii wpisu do rejestru praktyk lekarskich we właściwej okręgowej izbie lekarskiej, stosownie do ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty,
 - 6) orzeczenia o zdolności do podjęcia pracy w zespołach Lotniczego Pogotowia Ratunkowego wydane przez lekarza medycyny pracy, spełniające wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (tj. Dz.U. z 2023 r. poz. 607) w związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2010 r. w sprawie sprawowania przez służbę medycyny pracy profilaktycznej opieki zdrowotnej nad osobami objętymi opieką na ich wniosek (Dz.U. Nr 113, poz. 758),
 - 7) kopii orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych spełniającego wymagania określone w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tj. Dz.U. z 2024 r. poz. 924, z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych ustawy,
 - 8) kopii aktualnej polisy ubezpieczeniowej OC (odpowiedzialności cywilnej) lekarzy,
 - 9) zaświadczenia o niekaralności za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego, lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczą się w mojej sprawie żadne postępowania,
 - 10) zaświadczenia o niekaralności 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 (tj. Dz. U. z 2023 r. poz. 1939, z późn. zm.),
 - 11) kwestionariusza osobowego w celu uzyskania informacji z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym,

- 12) w przypadku posiadania obywatelstwa państwa innego niż Rzeczpospolita Polska - informacji uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi z rejestru karnego państwa obywatelstwa,
 - 13) w przypadku zamieszkiwania w innych krajach niż Rzeczpospolita Polska oraz państwo obywatelstwa w ciągu ostatnich 20 lat - informacji z rejestrów karnych tych państw, uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi,
 - 14) w przypadku gdy państwo obywatelstwa lub państwo, w którym zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat nie przewiduje sporządzenia informacji, o której mowa w pkt 12 i 13 – oświadczenia o niekaralności na wzorze udostępnionym przez Udzielającego zamówienia,
 - 15) kopii aktualnych zaświadczeń/dyplomów ukończenia kursów certyfikowanych z zakresu medycyny ratunkowej, tj. ALS, ACLS, EPALS, PALS, ITLS, ETC Provider, ATLS, PHTLS, ECLS, NLS oraz kursów USG Point-of-care wg protokołów FAST, eFAST, RUSH, BLUE, FATE (jeżeli dotyczy).
6. Oświadczam, że zostałem wobec mnie spełniony obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 i 14 RODO oraz, że zapoznałem/am się z warunkami przedmiotowego konkursu określonymi w specyfikacji oraz wzorem umowy stanowiącym załącznik do specyfikacji i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję je do stosowania.
 7. Oświadczam, że posiadam dyplom ukończenia uczelni medycznej na wydziale lekarskim.
 8. Oświadczam, że posiadam dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu.
 9. Oświadczam, że posiadam dokument stwierdzający posiadanie specjalizacji lub tytułu specjalisty (jeżeli dotyczy).
 10. Oświadczam, że posiadam aktualne zaświadczenie potwierdzające otwarcie szkolenia specjalizacyjnego oraz etap jego realizacji lub zaświadczenie o zakończeniu szkolenia lub decyzję o uznaniu dorobku naukowego i zawodowego (dotyczy oferentów, którzy nie posiadają specjalizacji lub tytułu specjalisty w dziedzinach ujętych w pkt. I).
 11. Oświadczam, że posiadam dokument potwierdzający wpis do rejestru praktyk lekarskich we właściwej okręgowej izbie lekarskiej, stosownie do ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
 12. Oświadczam, że najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię aktualne orzeczenie o zdolności do podjęcia pracy w zespołach Lotniczego Pogotowia Ratunkowego wydane przez lekarza medycyny pracy, spełniające wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy w związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2010 r. w sprawie sprawowania przez służbę medycyny pracy profilaktycznej opieki zdrowotnej nad osobami objętymi opieką na ich wniosek.
 13. Oświadczam, że posiadam orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych spełniające wymagania określone w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz aktów wykonawczych do ustawy.
 14. Oświadczam, że posiadam aktualną polisę ubezpieczeniową OC (odpowiedzialności cywilnej) lekarzy.
 15. Oświadczam, że nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich.
 16. Oświadczam, że nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.
 17. Oświadczam, że jestem lekarzem systemu zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91), spełniam warunki określone w art. 18 ust. 1 pkt. 1, 2, 4, 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2025 r. poz. 450) oraz posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
 18. Świadomy/a odpowiedzialności karnej potwierdzam prawidłowość podanych danych.
 19. Oświadczam, że akceptuję warunek, iż w przypadku zakończenia postępowania konkursowego bez wyboru oferty, jak i po jej wyborze do czasu podpisania umowy, nie przysługują mi żadne roszczenia w stosunku do Udzielającego zamówienia.
 20. Oświadczam, że posiadam poniższe umiejętności (jeśli dotyczy):
 - ✓ zaawansowane zabiegi ratujące życie u dorosłych*
 - ✓ zaawansowane zabiegi ratujące życie u dzieci oraz noworodków*

- ✓ postępowanie w obrażeniach ciała wg standardu ITLS lub ETC*
 - ✓ z zakresu Aeromedical Crew Resource Management*
 - ✓ z zakresu transportu pacjenta w stanie krytycznym (w tym optymalizacja, kwalifikacja, opieka w trakcie transportu)*
 - ✓ z zakresu transportu noworodkowego (w tym optymalizacja, kwalifikacja, opieka w trakcie transportu)*
 - ✓ USG Point-of-care wg protokołów FAST, eFAST, RUSH, BLUE, FATE*
 - ✓ intubacja dotchawicza i algorytm zabezpieczenia trudnych dróg oddechowych*
- oraz deklaruję ich podtrzymanie wg aktualnej wiedzy medycznej w okresie udzielania świadczeń zdrowotnych w Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym.
21. Zobowiązuję się dostarczyć oryginały dokumentów określonych w w/w pkt od 7 do 11 do wglądu Komisji konkursowej w dniu weryfikacji lub na jej każde wezwanie.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis, pieczęć

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 (dalej: „RODO”) informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Lotnicze Pogotowie Ratunkowe z siedzibą w Warszawie, ul. Książkowa 5 01-934, zwanym dalej „LPR” lub zamiennie „Administratorem Danych Osobowych”.
- 2) Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania LPR, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) w LPR Panią Agnieszką Pulkowską-Nowocięń pod numerem telefonu 785 390 188 lub za pomocą adresu email: iod@lpr.com.pl.
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie działalności LPR na podstawie art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2024 r. poz. 799) w związku z art. 151 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.) oraz art. 6 ust. 1 lit. b) i c) RODO.
- 4) Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą pracownicy Administratora Danych Osobowych oraz osoby odwiedzające stronę www.lpr.com.pl.
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do upływu 1 miesiąca od dnia zakończenia postępowania konkursowego, w przypadku gdy oferta zostanie odrzucona.
- 7) Posiada Pani/Pan prawo 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, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 8) Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
- 9) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pani/Pan zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości udziału w konkursie oraz niemożliwość zawarcia umowy.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis, pieczęć
(oferenta lub osoby upoważnionej
do reprezentowania podmiotu)*

* skreślić, jeśli nie dotyczy

** w przypadku złożenia podpisu przez osobę upoważnioną do reprezentowania podmiotu (lekarza) wymagane jest złożenie właściwego pełnomocnictwa.