

Szpital Mrągowski im. Michała Kajki Sp. z o.o.
11-700 Mrągowo, ul. Wolności 12

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT
zwane dalej „SWKO”

do postępowania w trybie konkursu ofert w sprawie umowy na udzielenie zamówienia

w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych przez

- 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów oddziałów szpitalnych oraz szpitalnego oddziału ratunkowego przez ratownika medycznego,**
- 2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów oddziałów szpitalnych oraz szpitalnego oddziału ratunkowego przez ratownika medycznego z tytułem licencjata**

I. Przedmiot zamówienia

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych, w zakresie wynikającym z posiadania **zawodu medycznego**, kwalifikacji nabytych w drodze kształcenia podyplomowego oraz posiadanych uprawnień, polegające na:
 - 1) wykonywaniu zadań ratownika medycznego w oddziałach szpitala – zgodnie z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia
 - 2) pozostawaniu w gotowości do udzielania świadczeń w razie wystąpienia nadzwyczajnych zagrożeń bądź potrzeb wynikających z bieżących zadań udzielającego zamówienia.
2. Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych: **01 lipca 2026 r.**

II. Realizacja przedmiotu zamówienia

1. Czas udzielania świadczeń: według miesięcznych grafików ustalanych dla Przyjmującego Zamówienie przez Udzielającego Zamówienia, zapewniających ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej.
3. Stosowanie cennika świadczeń zdrowotnych, obowiązującego w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o.
4. Stosowanie wymaganej odzieży ochronnej i roboczej.
5. Udzielający Zamówienia udostępni Przyjmującemu Zamówienie:
 - 1) środki transportu sanitarnego,
 - 2) pomieszczenia przeznaczone do udzielania świadczeń,
 - 3) aparaturę, sprzęt medyczny oraz inne sprzęty, środki i rzeczy, stanowiące wyposażenie środków transportu oraz pomieszczeń,
 - 4) środki farmaceutyczne i materiały medyczne,
 - 5) miejsca wypoczynkowe w pomieszczeniach socjalnych, w miarę istniejących warunków lokalowych,
 - 6) dostęp do systemu informatycznego Szpitala Mrągowskiego im. Michała Kajki Sp. z o.o. po uzyskaniu odpowiednich uprawnień. Brak tych uprawnień uniemożliwia udzielanie świadczeń na podstawie niniejszej umowy.

III. Przyjmujący zamówienie

1. Zamówienie może zostać udzielone **wyłącznie osobom** spełniającym warunki przyjmującego zamówienie, tj. legitymującym się posiadaniem fachowych **kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych jako ratownik medyczny** prowadzącym z tym zakresie **działalność gospodarczą** na warunkach określonych w ustawie z dnia 06.03.2018 r., Prawo przedsiębiorców oraz spełniającym wymagania zdrowotne określone we właściwych przepisach.
2. **Wymagane kwalifikacje i doświadczenie zawodowe:**
 - 1) Ratownik medyczny
Osoba, która posiada dyplom zawodowy ratownika medycznego.
 - 2) Ratownik medyczny z tytułem licencjata ratownictwa medycznego
Osoba, która posiada wykształcenie wyższe w zakresie ratownictwa medycznego.

IV. Opis sposobu przygotowania oferty

1. Oferenci przedstawiają ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w niniejszej specyfikacji.
2. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Oferta - pod rygorem nieważności - powinna być napisana w języku polskim, **na formularzu ofertowym**, stanowiącym **załącznik nr 1** do niniejszej specyfikacji oraz winna być podpisana przez Oferenta.
4. Każdy Oferent może złożyć tylko jedną ofertę.

Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami należy złożyć w papierowym, zamkniętym opakowaniu, opatrzonym napisem:

- 1) „Udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów oddziałów szpitalnych oraz szpitalnego oddziału ratunkowego przez ratownika medycznego”,

2) „Udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów oddziałów szpitalnych oraz szpitalnego oddziału ratunkowego przez ratownika medycznego z tytułem licencjata”.

5. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście oferty muszą być parafowane i datowane własnoręcznie przez osobę podpisującą ofertę.

6. Oferta powinna zawierać - wszystkie niżej wymienione informacje, oświadczenia i dokumenty:

1) Informacje:

- a) dane o Oferencie: imię i nazwisko, nazwisko rodowe, adres, numer telefonu,
- b) Numer PESEL,
- c) Numer REGON,
- d) Numer identyfikacji podatkowej NIP,
- e) oferowany rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych,

2) oferowane stawki za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych możliwe do przyjęcia przez Udzielającego zamówienie w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów obszaru działania Udzielającego zamówienia przez ratownika medycznego lub ratownika medycznego z tytułem licencjata w zakresie ratownictwa medycznego

	- za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w oddziałach szpitalnych
	- za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym
	- za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach transportowych

Powyższe informacje Oferent przedstawia **na formularzu oferty**, stanowiącym **załącznik nr 1** do niniejszej specyfikacji.

3) Oświadczenia:

- a) oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia konkursu ofert,
- b) oświadczenie o zapoznaniu się z niniejszą Specyfikacją Warunków Opracowania Oferty,
- c) oświadczenie o zapoznaniu się z rodzajem zamawianych świadczeń zdrowotnych i miejscem ich realizacji,
- d) oświadczenie o posiadaniu wiedzy i umiejętności do realizacji zamówienia oraz udzielaniu świadczeń medycznych w sposób rzetelny oraz zgodny z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością,
- e) oświadczenie o zgodzie do przetwarzania danych osobowych w związku z postępowaniem konkursowym,
- f) oświadczenie o spełnianiu wymagań zdrowotnych, określonych we właściwych przepisach,
- g) oświadczenie o posiadanym stażu wykonywania oferowanych świadczeń zdrowotnych, odpowiednio do wymogów cz. III. ust. 2 niniejszej specyfikacji,
- h) oświadczenie o aktualnym świadczeniu, u Udzielającego zamówienia, pracy o charakterze zgodnym z przedmiotem oferty, wraz z podstawą świadczenia tej pracy,
- i) oświadczenie o samodzielnym rozliczaniu się z Urzędem Skarbowym oraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych,
- j) oświadczenie o przyjęciu obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 23.12.2004 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne oraz terminowego dokumentowania, wobec Udzielającego Zamówienia, spełnienia powyższego obowiązku.
- k) oświadczenie o przyjęciu obowiązku odbycia przeszkolenia przez oferentów z procedur, programów informatycznych, ochrony danych osobowych oraz z zasad eksploatacji ambulansów obowiązujących w Szpitalu Mragowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o.
- l) oświadczenie w sprawie prowadzenia działalności konkurencyjnej względem Udzielającego Zamówienia,
- m) oświadczenie, że złożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałem,
- n) oświadczenie o zapoznaniu się ze Standardami Ochrony Małoletnich i Kodeksem Bezpiecznej Relacji.
- o) oświadczenie o zapoznaniu się z Procedurą Zgłaszania przypadków nieprawidłowości, podejmowania działań

następczych oraz ochrony osób dokonujących zgłoszeń w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o. o.

4) Dokumenty:

- a) zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wraz z numerem właściwego rejestru,
- b) zaświadczenie o posiadanym numerze identyfikacyjnym REGON i NIP / wyciąg z CEiDG,
- c) dyplom uzyskania tytułu zawodowego: ratownik medyczny,
- d) dyplom ukończenia studiów licencjackich w zakresie ratownictwa medycznego
- e) zaświadczenia/dyplomy ukończonych kursów, szkoleń, studiów kierunkowych (dodatkowo, punktowane)
- f) aktualne orzeczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do świadczenia usług w charakterze ratownika medycznego, wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy,
- g) zaświadczenia o posiadanym stażu wykonywania oferowanych świadczeń zdrowotnych, z uwzględnieniem miejsca, okresu i ilości godzin wykonywania usług,
- h) oświadczenia o ilości przepracowanych godzin na dzień złożenia oferty w Zespołach Ratownictwa Medycznego,
- i) kserokopia książeczki doskonalenia zawodowego (ostatnia książeczka ilość punktów i data zakończenia / data rozpoczęcia kolejnego okresu),
- j) zaświadczenie potwierdzające szczepienia WZW,
- k) polisa ubezpieczeniowa OC,
- l) zaświadczenie o szkoleniu okresowym bhp.
- ł) zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego.

V. Kryteria oceny ofert

Ocenę negatywną, skutkującą odmową udzielenia zamówienia, otrzyma oferta:

- 1) nie spełniająca wymogów określonych w cz. III i IV niniejszej specyfikacji,
- 2) oferująca wyższe stawki ryczałtowe za wykonane świadczenia niż możliwe do przyjęcia przez Udzielającego zamówienia,
- 3) oferująca niepełny zakres,
- 4) jeżeli Udzielający Zamówienia posiada wiedzę o uprzednim rozwiązaniu z Oferentem, z przyczyn leżących po jego stronie, umowy o pracę lub innego stosunku o świadczenie pracy bądź udzielanie świadczeń,
- 5) w przypadku braku wymaganych dokumentów,
- 6) na podstawie negatywnej oceny dotychczasowej pracy lub świadczenia usług przez Oferenta,
- 7) w przypadku złożenia oferty na niższą liczbę godzin miesięcznie niż wymagana w przedmiocie zamówienia poniższej specyfikacji, tj. poniżej 100 godzin.

Punktacja zostanie przeprowadzona z zastosowaniem następujących kryteriów:

Wykształcenie	
Wyższe w zakresie ratownictwa medycznego	50 pkt
Staż pracy w Szpitalu Mrągowskim w charakterze ratownika medycznego	
powyżej 10 lat	20 pkt
9-10 lat	15 pkt
7-8 lat	10 pkt
5-6 lat	5 pkt
1-4 lat	3pkt
Doskonalenie zawodowe	
kurs doskonalący	po 2 pkt
kurs ALS	po 5 pkt
kurs PALS	po 2 pkt
Kurs BLS	po 1 pkt

szkolenia / seminaria	po 1 pkt
dodatkowe uprawnienia związane bezpośrednio z wykonywanym zawodem	po 1 pkt
Liczba oferowanych świadczeń	
powyżej 150 godzin	15 pkt
Obecne zatrudnienie / dyspozycyjność / opinie	
Osoba obecnie zatrudniona w charakterze ratownika medycznego lub w charakterze ratownika medycznego/kierowcy	20 pkt
Pozytywne opinie, w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu, od pracodawcy / świadczeniodawcy / usługodawcy	po 2 pkt
Zgodnie z warunkami określonymi w specyfikacji przedmiotu zamówienia	
Maksymalny termin zawarcia umowy	10 pkt

Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo podpisania umowy z oferentami, którzy uzyskali najwyższe pozycje w rankingu w ilości niezbędnej do zabezpieczenia potrzeb Szpitala Mrągowskiego im. Michała Kajki Sp. z o.o.

Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo podpisania umowy z oferentami, którzy zaoferowali stawki zgodne z oczekiwaniami Udzielającego zamówienia.

Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo podpisania umowy wyłącznie z oferentami, którzy zaoferowali udzielanie świadczeń zdrowotnych u Udzielającego zamówienie powyżej 100 godzin miesięcznie.

VI. Możliwość składania skarg i protestów

Możliwość składania skarg i protestów odbywa się zgodnie z art. 152, art.153, art. 154 ust 1 i 2 Ustawy o działalności leczniczej.

VII. Pozostałe postanowienia

1. Umowa zawarta będzie na czas określony od dnia **01.07.2026 r.** nie dłużej niż do dnia **30.06.2029r.**
2. Oferent związany jest złożoną ofertą przez 30 dni licząc od następnego dnia po upływie terminu składania ofert.

VIII. Klauzula informacyjna

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) Udzielający zamówienia informuje, a oferent przyjmuje do wiadomości, że:

- 1) administratorem danych osobowych jest Szpital Mrągowski im. Michała Kajki Sp. z o. o., ul. Wolności 12, 11-700 Mrągowo
- 2) administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@szpital-mragowo.pl
- 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) i c) RODO w celu rekrutacji,
- 4) odbiorcami Pani/ Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniana zostanie dokumentacja postępowania. Pani/ Pana dane osobowe będziemy przekazywać, także innym osobom, którym zlecimy usługi związane z przetwarzaniem danych osobowych
- 1) (np. kancelarii prawnej, dostawcy oprogramowania, zewnętrznym audytorom, zleceniobiorcom świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych). Takie podmioty będą przetwarzać dane na podstawie umowy z nami i tylko zgodnie z naszymi poleceniami,
- 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej,
- 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu przedawnienia wynikającego z ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny;
- 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do udziału w niniejszym postępowaniu. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości realizacji procesu rekrutacji;
- 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane

IX. Załączniki:

1. Formularz oferty.
2. Formularz oświadczeń Oferenta, załącznik nr 2.
3. Załącznik nr 3
4. Załącznik nr 4
5. Informacja dla przystępującego do konkursu ofert o przetwarzaniu danych osobowych

OŚWIADCZENIA OFERENTA

O ś w i a d c z a m, że:

1. Zapoznałam(em) się z treścią ogłoszenia konkursu ofert.
2. Zapoznałam(em) się ze Specyfikacją warunków opracowania oferty.
3. Zapoznałam(em) się z rodzajem zamawianych świadczeń zdrowotnych i miejscem ich realizacji.
4. Posiadam wiedzę i umiejętności do realizacji zamówienia.
5. Udzielam świadczeń medycznych w sposób rzetelny i zgodny z obowiązującą wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.
6. Spełniam wymagania zdrowotne określone we właściwych przepisach.
7. Aktualnie jestem zatrudniony w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o. / u innego świadczeniodawcy w charakterze ratownika medycznego:
 - a) na podstawie umowy o pracę w ilości godzin miesięcznie
 - b) na podstawie umowy cywilno-prawnej w ilości godzin miesięcznie
 - c) zgłoszona w Urzędzie pracy jako osoba bezrobotna*
8. Posiadam następujące wykształcenie:
.....
9. Posiadam następujący staż pracy:
 - 1) ogółem na stanowisku ratownika medycznego -(lat, miesięcy)
 - 2) w tym w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o. na stanowisku ratownika medycznego -.....(lat, miesięcy)
10. Posiadam następującą ilość punktów edukacyjnych:
11. Samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym oraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
12. Składając ofertę, wyrażam wolę zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.
13. Przyjmuję obowiązek zawarcia, najpóźniej w dniu poprzedzającym datę rozpoczęcia udzielania świadczeń, umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 23.12.2004 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne oraz terminowego dokumentowania, wobec Udzielającego Zamówienia, spełnienia powyższego obowiązku.
14. Przyjmuję obowiązek odbycia przeszkolenia przez oferentów z procedur, programów informatycznych, ochrony danych osobowych oraz z zasad eksploatacji ambulansów obowiązujących w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o. przed datą rozpoczęcia udzielania świadczeń.
15. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury postępowania konkursowego –zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2019r. poz. 1781)
16. Jestem * Nie jestem * (* **niepotrzebne skreślić**) zatrudniona/ -ny u przedsiębiorcy prowadzącego konkurencyjną względem Udzielającego Zamówienia działalność gospodarczą polegającą na organizowaniu lub świadczeniu usług zdrowotnych, organizowaniu lub wykonywaniu usług transportu sanitarnego, a także organizowaniu lub świadczeniu innych usług dotyczących ochrony zdrowia, wykonywanych przez Udzielającego Zamówienia.
17. Oświadczam, że złożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.

Zamawiający zastrzega sobie możliwość weryfikacji złożonych oświadczeń poprzez żądanie przedstawienia dokumentów źródłowych.

Podpis Oferenta:

(* **niepotrzebne skreślić**)

Szpital Mrągowski im. Michała Kajki Sp. z o.o.

11-700 Mrągowo

ul. Wolności 12

nazwa oferenta

FORMULARZ OFERTOWY

Po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia dotyczącego konkursu ofert na świadczenie usług medycznych opublikowanego na stronie internetowej i na tablicy ogłoszeń Szpitala Mrągowskiego im. Michała Kajki Sp. z o.o. składam następującą ofertę:

1. Nazwa Oferenta / Podmiot.....

2. Adres działalności.....

3. Adres zamieszkania.....

4. Nr dyplomu Data wydania

5. Nr Regon Nr NIP PESEL

6. Oferuję:

a) udzielanie świadczeń zdrowotnych jako (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

Ratownik medyczny	
Ratownik medyczny z tytułem licencjata w zakresie	

b) następujące stawki ryczałtowe za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

	- za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w oddziałach szpitalnych
	- za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym
	- za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach transportowych

c) liczba oferowanych świadczeń: godzin miesięcznie

d) termin zawarcia umowy:

od dnia do dnia

7. Załączam następujące dokumenty których załączenie nie jest wymagane, jeżeli udzielający zamówienia jest już w ich posiadaniu (kserokopie) : **(niepotrzebne skreślić)** :

- zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wydane przez gminę właściwą dla miejsca zamieszkania przedsiębiorcy, wraz z numerem właściwego rejestru / wyciąg z CEDG,
- zaświadczenie o posiadanym numerze identyfikacyjnym REGON,
- zaświadczenie o posiadanym numerze identyfikacyjnym NIP,
- świadectwo ukończenia szkoły kształcącej w zawodzie ratownik medyczny,
- dyplom uzyskania tytułu zawodowego: ratownik medyczny,
- dyplom ukończenia studiów licencjackich w zakresie ratownictwa medycznego,
- oświadczenia o posiadanym stażu wykonywania oferowanych świadczeń zdrowotnych, odpowiednio do wymogów cz. III. ust. 2 niniejszej specyfikacji,
- zaświadczenia/dyplomy ukończonych kursów, szkoleń (dodatkowo, punktowane)

- aktualne orzeczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do świadczenia usług w charakterze ratownika medycznego, wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy,
- potwierdzenie odbytych szczepień przeciwko WZW,
- polisa ubezpieczeniowa OC,
- zaświadczenie o szkoleniu okresowym bhp.
- kserokopia książeczki doskonalenia zawodowego (ostatnia książeczka ilość punktów i data zakończenia / data rozpoczęcia kolejnego okresu),
- zaświadczenia o posiadanym stażu wykonywania oferowanych świadczeń zdrowotnych, z uwzględnieniem miejsca, okresu i ilości godzin wykonywania usług,
- oświadczenia o ilości przepracowanych godzin na dzień złożenia oferty w Zespołach Ratownictwa Medycznego (godziny udokumentowane)
- zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego.

Data sporządzenia oferty :

Podpis Oferenta :

Załącznik nr 3 do SWKO

W związku z nałożonym na pracodawcę obowiązkiem realizacji art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (t.j. Dz. U. Z 2023 r., poz. 1304 ze zm.) podaję poniższe dane:

1. Numer Pesel oferenta.....
2. Imiona rodziców oferenta
3. Nazwisko rodowe oferenta

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę do ich przetwarzania w celu określonym powyżej.

.....

/podpis oferenta/

Oświadczenie

o zapoznaniu się ze Standardem Ochrony Małoletnich i Kodeksem Bezpiecznej Relacji

Potwierdzam, że zapoznałem się / zapoznałam się ze Standardami Ochrony Małoletnich obowiązującymi w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o. oraz obowiązującym Kodeksem Bezpiecznej Relacji i zobowiązuję do zasad ich stosowania i przestrzegania.

Imię i nazwisko

Stanowisko

Nazwa komórki organizacyjnej

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis pracownika)