**Załącznik Nr 1a do Umowy ………./2020**

**ZAKRES CZYNNOŚCI**

**RATOWNIKA MEDYCZNEGO – bez uprawnień do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi**

1. Miejscem udzielania świadczeń jest Szpitalny Oddział Ratunkowy, Oddziały Szpitalne, Tomografia Komputerowa 1Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Lublinie - Filia w Ełku.

Zakres usług obejmuje wszelkie działania zmierzające do prawidłowej realizacji niniejszej umowy, w szczególności:

1. udzielanie świadczeń zdrowotnych w razie wypadku, urazu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia powodującego zagrożenie życia i zdrowia, w szczególności w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego realizowane w SOR oraz zespołach transportowych,
2. pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń w przypadku katastrof, klęsk żywiołowych, wystąpienia innych nadzwyczajnych zagrożeń bądź potrzeb wynikających z bieżących zadań szpitala,
3. w czasie pełnienia dyżurów, wykonywanie ze szczególną starannością zleceń lekarskich, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, standardami medycznymi, dostępnymi metodami i środkami oraz przyjętymi w oddziale harmonogramami pracy i procedur ratunkowych,
4. zabrania się wykorzystywania leków, środków medycznych oraz sprzętu i aparatury medycznej do udzielania innych, niż określonych w umowie świadczeń zdrowotnych,
5. stosowanie odzieży ochronnej podczas wykonywania świadczeń według obowiązującego wzoru, zgodnie
z wymogami systemu ratownictwa medycznego,
6. posiadanie aktualnych szkoleń z zakresu BHP, wykonanych na własny koszt,
7. aktywna współpraca na rzecz podnoszenia jakości świadczonych usług oraz dbanie o pozytywny wizerunek Szpitala,
8. utrzymanie w czystości i należytym porządku swojego stanowiska pracy,
9. współpraca z zespołem lekarskim i pielęgniarskim innych oddziałów szpitala,
10. zabezpieczenie imprez masowych,
11. szkolenia z pierwszej pomocy.
12. dbania o stan techniczny, prawidłową obsługę sprzętu medycznego w ambulansie
13. prowadzenia prawidłowej dokumentacji związanej z transportem pacjenta,
14. prowadzenia dezynfekcji ambulansu po wykonanym transporcie pacjenta,

…………………………………... ……………………………………

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIE**