

**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
PRZEZ RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH / RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH-KIEROWCÓW
W ZESPOŁACH TRANSPORTU SANITARNEGO**

- a) Imię i nazwisko:
- b) Adres zamieszkania:
- c) Adres do korespondencji:
- d) Numer telefonu:
- e) Adres e – mail:
- f) Numer REGON:
- g) Numer PESEL:

1. Oferuję następujące stawki ryczałtowe za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:

.....zł brutto	za 1 godzinę udzielania świadczeń ratownika medycznego w zespołach transportu sanitarnego.
.....zł brutto	za 1 godzinę udzielania świadczeń ratownika medycznego z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych w zespołach transportu sanitarnego.

Liczbę godzin w wymiarze miesięcznie.

Dotychczasowe zatrudnienie:

od ... do ...	Nazwa podmiotu	Stanowisko	Forma zatrudnienia

Świadczenia będę pełnić w ramach umowy / proszę zaznaczyć właściwe/

- kontraktowej
- zlecenie /bez konieczności odprowadzenia składek ZUS/
- zlecenie /z koniecznością odprowadzenia składek ZUS/

Załączam następujące kserokopie dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem:

- a) dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownik medyczny,
- b) polisę ubezpieczeniową odpowiedzialności osób wykonujących zawód medyczny,
- c) wydruk danych z wpisu w rejestrze REGON Głównego Urzędu Statystycznego
<http://www.stat.gov.pl/regon/>,
- d) wydruk zaświadczenia z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
<https://prod.ceidg.gov.pl/ceidg.cms.engine/>,
- e) książeczka doskonalenia zawodowego,
- f) aktualne zaświadczenie od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy ratownika medycznego/ratownika medycznego z uprawnieniami do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi (dostarczenie w momencie podpisania umowy),
- g) zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym określone w ustawie o kierujących pojazdami (dotyczy ratowników medycznych-kierowców),
- h) prawo jazdy kategorii B (dotyczy ratowników medycznych-kierowców).

.....
Podpis i pieczęć Oferenta

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia konkursu ofert.
2. Zapoznałam/em się z niniejszymi Szczegółowymi Warunkami Konkursu.
3. Zapoznałam/em się z rodzajem zamawianych świadczeń zdrowotnych.
4. Samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym w zakresie należnych podatków i z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych w zakresie ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.

.....
Podpis i pieczęć Oferenta