

**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
PRZEZ PIEŁĘGNIARKI W ZESPOŁACH RATOWNICTWA MEDYCZNEGO**

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

Dotychczasowe zatrudnienie:

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

Obecne miejsca zatrudnienia (podać formę zatrudnienia i nazwę podmiotu):

- 1.
.....
- 2.
.....

Oferuję:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych jako pielęgniarka w zespołach ratownictwa medycznego.

Zryczałtowaną stawkę za 1 godzinę dyżuru w zespołach ratownictwa medycznego zł brutto.

Liczbę godzin w wymiarze miesięcznie.

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/> (dotyczy umowy kontraktowej),
- d) wydruk zaświadczenia z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej <https://prod.ceidg.gov.pl/ceidg.cms.engine/> (dotyczy umowy kontraktowej),
- e) 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),

.....
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.

.....
Podpis i pieczęć Oferenta