

**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
PRZEZ RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH Z UPRAWNIENIAMI DO PROWADZENIA  
POJAZDÓW UPRIWILEJOWANYCH 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 ratownik medyczny z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych w zespołach ratownictwa medycznego.

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

Liczbę godzin w wymiarze ..... miesięcznie.

Świadczenia będę pełnił 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 ratownika medycznego,
- 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,
- h) prawo jazdy kategorii B.

.....  
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