

**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
PRZEZ RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH/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: .....

**I. Dotychczasowe zatrudnienie potwierdzające doświadczenie zawodowe Oferenta**

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

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

- 1. ....  
.....
- 2. ....  
.....
- 3. ....  
.....

## II. Zakres świadczeń oraz oferta cenowa

Udzielanie świadczeń zdrowotnych jako ratownik medyczny/ratownik medyczny z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych w zespołach ratownictwa medycznego.

Zaznaczyć stanowisko	Stanowisko	Stawka za 1 godz. dyżuru podana w złotych brutto	Proponowana liczba godzin
	Ratownik medyczny		
	Ratownik medyczny - kierowca		

## III. Świadczenia będę pełnić w ramach umowy (proszę zaznaczyć właściwe):

- kontraktowej (w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej);
- zlecenie (bez konieczności odprowadzenia składek ZUS);
- zlecenie (z koniecznością odprowadzenia składek ZUS);

## IV. Oświadczenia

*-Oświadczam, że jestem gotowy(a) do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku ratownika medycznego w WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze.*

*-Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia oraz warunków konkursu i nie wnoszę zastrzeżeń.*

*-Oświadczam, że nie jestem pozbawiony(a) możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony(a) w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.*

*-Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą i jestem wpisany/a do ewidencji działalności gospodarczej.*

*-Oświadczam, że posiadam aktualną książeczkę doskonalenia zawodowego (oryginał lub ksero kopię dokument potwierdzoną za zgodność z oryginałem należy dostarczyć w momencie podpisania umowy).*

*-Oświadczam, że dostarczę aktualne zaświadczenie od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy ratownika medycznego/ratownika medycznego z uprawnieniami do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi (zaświadczenie należy dostarczyć w momencie podpisania umowy).*

*-Oświadczam, że posiadam zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym, określone w ustawie o kierujących pojazdami (dokument należy dostarczyć w momencie podpisania umowy).*

*-Oświadczam, że posiadam prawo jazdy kategorii B (ksero kopię dokument potwierdzoną za zgodność z oryginałem należy dostarczyć w momencie podpisania umowy).*

*-Oświadczam, że przesłane kopie dokumentów są zgodne z ważnym, aktualnym oryginałem.*

*-Świadomy(a) odpowiedzialności karnej potwierdzam prawidłowość podanych danych.*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze zawartych w przesłanych dokumentach dla potrzeb niezbędnych w procesie rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.).

.....  
miejsce i data

.....  
podpis i pieczęć Oferenta

## WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. Kopia polisy OC umowa lub pisemne zobowiązanie Oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną w wyniku realizacji umowy o udzielanie zamówienia (art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Dz.U. nr 112, poz. 654 z późn. zm.).
2. Dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownik medyczny (kopia potwierdzona przez Oferenta „za zgodności z oryginałem”).

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis i pieczęć Oferenta