

**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
PRZEZ RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH/RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH
Z UPRAWNIENIAMI DO PROWADZENIA POJAZDÓW UPRZYWILEJOWANYCH W
RAMACH PRZEWOZÓW KOMERCYJNYCH REALIZOWANYCH W TRYBIE PILNYM**

- 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

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 książeczka 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 dostarczenie 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.

**- jeśli niepotrzebne skreślić*

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 art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016.),

.....
(miejsowość 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.2018r.,poz.160).
2. Dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownik medyczny (kopia potwierdzona przez Oferenta „za zgodności z oryginałem”).

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)