

**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ
RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH / RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH Z UPRAWNIENIAMI
DO PROWADZENIA POJAZDÓW UPRIWILEJOWANYCH**

1. DANE OFERENTA:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Adres do korespondencji:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

Numer REGON:

Numer PESEL:

Wykształcenie (proszę zaznaczyć właściwe):

- | | |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Policealne + Egzamin kwalifikacyjny | <input type="checkbox"/> Studium zawodowe |
| <input type="checkbox"/> Studia licencjackie | <input type="checkbox"/> Studia magisterskie |
| <input type="checkbox"/> Ratownictwo medyczne | <input type="checkbox"/> Ratownictwo medyczne |
| <input type="checkbox"/> inny kierunek (jaki?)
..... | <input type="checkbox"/> inny kierunek (jaki?)
..... |

2. DOTYCHCZASOWE ZATRUDNIENIE POTWIERDZAJĄCE DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE:

OD ... DO ...	NAZWA PODMIOTU	STANOWISKO	FORMA ZATRUDNIENIA	DOŚWIADCZENIE W ZRM* W	
				LATACH	GODZINACH

*Doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ZRM zgodnie z art. 36. 1. ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym

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

- 1)
-
- 2)
-
- 3)
-

3. 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 H DYŻURU PODANA W ZŁ BRUTTO	PROPONOWANA LICZBA GODZIN
	RATOWNIK MEDYCZNY		
	RATOWNIK MEDYCZNY - KIEROWCA		

4. ŚWIADCZENIA BĘDĘ PEŁNIĆ W RAMACH UMOWY (PROSZĘ ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE):

- kontraktowej (w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej),
- zlecenie / bez konieczności odprowadzenia składek ZUS/,
- zlecenie / z koniecznością odprowadzania składek ZUS/.

5. OŚWIADCZENIA:

*- skreślić jeżeli niepotrzebne

- 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 kserokopię dokumentu 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 (kserokopię dokumentu 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 prawdziwość 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 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 tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.Urz. UE L 119 z 04.05.2016).

.....
(miejscowość 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. 2018 poz. 160).
2. Dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownik medyczny (**kopia potwierdzona przez Oferenta „za zgodność z oryginałem”**).

W przypadku osób, które w latach poprzednich świadczyły usługi na rzecz WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze, jako poświadczenie posiadania i złożenia dokumentów określonych w rozdz. IV i V (a które na dzień podpisania umowy będą aktualne), należy załączyć zaświadczenie wystawione przez Dział Kadr WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)