

FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ  
**W RAMACH POMOCY PRZY TRANSPORCIE SANITARNYM**

**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"/> Zawodowe                       | <input type="checkbox"/> Średnie                        |
| <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?)<br>..... | <input type="checkbox"/> inny kierunek (jaki?)<br>..... |

**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 w ramach pomocy w przewozach komercyjnych:

STAWKA ZA 1 H DYŻURU PODANA W ZŁ BRUTTO	PROPONOWANA LICZBA GODZIN

### 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 w ramach pomocy przy transporcie sanitarnym 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 dostarczę aktualne zaświadczenie od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy (zaświadczenie 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) oraz zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz. UE L 119 z 04.05.2016).**

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)

**WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. Dyplom potwierdzający uzyskanie wykształcenia (**kopia potwierdzona przez Oferenta „za zgodność z oryginałem”**).

**W przypadku osób, które w okresach poprzednich świadczyły usługi na rzecz WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze, jako poświadczenie posiadania i złożenia dokumentów określonych w pkt 5 (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 pieczętka Oferenta)