

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

- 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 będą 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.),**

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

.....  
(miejsce i data)

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)