

**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:
- h) 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?) |
| | |

I. Dotychczasowe zatrudnienie potwierdzające doświadczenie zawodowe Oferenta

od do	Nazwa podmiotu	Stanowisko	Forma zatrudnienia	Doświadczenie w ZRM w latach*

*Doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ZRM zgodnie z Art. 36.1. ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

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 pełnił 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.

*- jeśli niepotrzebne skreślić

V. 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”).

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 pieczętka Oferenta)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze zawartych w przesłanych dokumentach dla potrzeb niezbędnych w procesie rekrutacji, jak i w trakcie realizacji umowy, 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 r.).

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczętka Oferenta)