

**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ KIEROWCY POJAZDÓW
Z UPRAWNIENIAMI DO PROWADZENIA POJAZDÓW UPRZYWILEJOWANYCH
Z KURSEM KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY
W RAMACH TRANSPORTU SANITARNEGO**

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"/> Studia licencjackie
<input type="checkbox"/> Ratownictwo medyczne
<input type="checkbox"/> inny kierunek (jaki?)
..... | <input type="checkbox"/> Średnie
<input type="checkbox"/> Studia magisterskie
<input type="checkbox"/> Ratownictwo medyczne
<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 kierowcy pojazdu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych z kursem kwalifikowanej pierwszej pomocy:

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 kierowcy pojazdu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych z kursem kwalifikowanej pierwszej pomocy 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 środka 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 kierowcy 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) 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. Zaświadczenie potwierdzające odbycie kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy (**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 pieczęć Oferenta)