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):

* Zawodowe
* Studia licencjackie
* Ratownictwo medyczne
* inny kierunek (jaki?)

………………………………………

* Średnie
* Studia magisterskie
* Ratownictwo medyczne
* inny kierunek (jaki?)

………………………………………

1. **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. .........................................................................................................................................................................................................
.........................................................................................................................................................................................................
4. **ZAKRES ŚWIADCZEŃ ORAZ OFERTA CENOWA:**

Udzielanie świadczeń kierowcy pojazdu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych z kursem kwalifikowanej pierwszej pomocy:

|  |  |
| --- | --- |
| **STAWKA ZA 1 HDYŻURU PODANAW ZŁ BRUTTO** | **PROPONOWANA LICZBA GODZIN** |
|  |  |

1. **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/.
1. **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 prawidłowość 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 pieczątka 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 pieczątka Oferenta)*