

**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ PRZEZ
KIEROWCÓW POJAZDÓW Z UPRAWNIENIAMI DO KIEROWANIA POJAZDAMI UPRZYWILEJOWANYMI
Z KURSEM KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY W RAMACH TRANSPORTU SANITARNEGO**

DANE OFERENTA:

imię i nazwisko:

PESEL:

adres zamieszkania:

adres korespondencyjny:

telefon kontaktowy:

adres e-mail:

REGON / NIP:

WYKSZTAŁCENIE:

(zaznaczyć właściwe i uzupełnić)

- Policealne + Egzamin kwalifikacyjny**
- Studia licencjackie**
 - na kierunku: **ratownictwo medyczne**
 - inny kierunek *(jaki?)*

.....

- Studia magisterskie**
 - na kierunku: **ratownictwo medyczne**
 - inny kierunek *(jaki?)*

.....

DOTYCHCZASOWE ZATRUDNIENIE POTWIERDZAJĄCE DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE:

OD ... DO ...	NAZWA PODMIOTU	STANOWISKO	FORMA ZATRUDNIENIA

*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)
-

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/.

ZAKRES ŚWIADCZEŃ ORAZ OFERTA CENOWA:

STAWKA BRUTTO ZA 1 H DYŻURU	PROPONOWANA LICZBA GODZIN

OŚWIADCZENIA:

** skreślić, jeżeli nie dotyczy*

1. 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.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia oraz warunków konkursu i nie wnoszę zastrzeżeń.
3. 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.
4. *Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą i jestem wpisany/a do ewidencji działalności gospodarczej.
5. 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).
6. Oświadczam, że posiadam zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym, określone w ustawie o kierujących pojazdami (dokument należy dostarczyć w momencie podpisania umowy).
7. Oświadczam, że posiadam prawo jazdy kategorii B (kserokopię dokumentu potwierdzoną za zgodność z oryginałem należy dostarczyć w momencie podpisania umowy).
8. Oświadczam, że przesłane kopie dokumentów są zgodne z ważnym, aktualnym oryginałem.
9. 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 takich 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) oraz oświadczam, iż zapoznałem(am) się z klauzulą informacyjną zamieszczoną w treści ogłoszenia o konkursie.

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczęćka i podpis Oferenta)

WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

**skreślić, jeżeli nie dotyczy*

1. Zaświadczenie potwierdzające odbycie kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy.
2. Kserokopia lub oryginał aktualnego zaświadczenia od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na danym
3. *Kserokopia prawa jazdy.
4. *Kserokopia zezwolenia na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym.

Wszystkie załączone do Oferty kserokopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem oraz opatrzone imienną pieczętą i podpisem.

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 pkt. 4 (a które na dzień podpisania umowy będą aktualne), należy załączyć zaświadczenie wystawione przez Dział Kadr WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze.

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczętka i podpis Oferenta)