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

**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 ZRM\*** |
| **W LATACH** | **W GODZINACH** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**OBECNE MIEJSCA ZATRUDNIENIA:**

*(podać formę zatrudnienia oraz nazwę podmiotu)*

1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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/.

**ZAKRES ŚWIADCZEŃ ORAZ OFERTA CENOWA:**

*(proszę zaznaczyć właściwe i wpisać kwotę)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAZNACZYĆ** | **STANOWISKO** | **STAWKA BRUTTO****ZA 1 H DYŻURU** | **PROPONOWANA****LICZBA GODZIN** |
|[ ]  RATOWNIK MEDYCZNY |  |  |
|[ ]  RATOWNIK MEDYCZNY - KIEROWCA |  |  |

**OŚWIADCZENIA:**

*\* tylko w przypadku umowy kontraktowej – skreślić, jeżeli nie dotyczy*

1. Oświadczam, że jestem gotowy/a do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku ratownika medycznego 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 środka 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 posiadam aktualną książeczkę doskonalenia zawodowego (oryginał lub kserokopię dokumentu potwierdzoną za zgodność z oryginałem należy dostarczyć w momencie podpisania umowy).
6. Oświadczam, że przesłane kopie dokumentów są zgodne z ważnym, aktualnym oryginałem.
7. 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.**

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………….. | …………………………………….. |
| *(miejscowość i data)* | *(pieczątka i podpis Oferenta)* |

**WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

*\*tylko w przypadku kierowców – skreślić, jeżeli nie dotyczy*

1. Kserokopia 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. 2021 poz. 711 z późn. zm.).
2. Dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownika medycznego.
3. Kserokopia lub oryginał aktualnego zaświadczenia od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych
do wykonywania pracy ratownika medycznego/ratownika medycznego z uprawnieniami do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi.
4. \*Kserokopia prawa jazdy.
5. \*Kserokopia zezwolenia na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym.

**Wszystkie załączone do Oferty kserokopie dokumentów powinny być poświadczone
*za zgodność z oryginałem* oraz opatrzone imienną pieczątką 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.**

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………….. | …………………………………….. |
| *(miejscowość i data)* | *(pieczątka i podpis Oferenta)* |