

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

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)
-
- 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:

(proszę zaznaczyć właściwe i wpisać kwotę)

| ZAZNACZYĆ | STANOWISKO | STAWKA BRUTTO ZA 1 H DYŻURU | PROPONOWANA LICZBA GODZIN |
|--------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | RATOWNIK MEDYCZNY | | |
| <input type="checkbox"/> | 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 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 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.

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczęćka 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 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)