

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

1. DANE OFERENTA:

imię i nazwisko:

adres zamieszkania:

adres korespondencyjny:

telefon kontaktowy:

adres e-mail:

REGON / NIP:

PESEL:

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?)
-

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)

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="radio"/>	RATOWNIK MEDYCZNY		
<input type="radio"/>	RATOWNIK MEDYCZNY - KIEROWCA		

3. OŚWIADCZENIA:

* skreślić, jeżeli nie dotyczy

- Oświadczam, że jestem gotowy/a do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku ratownika medycznego 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 sądu 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 posiadam aktualną książeczkę doskonalenia zawodowego (oryginał lub 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 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).

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczęćka i podpis Oferenta)

4. WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

**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. 2020 poz. 295 z późn. zm.).
2. Dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownika medycznego.
3. Kserokopia lub pisemne oświadczenie o posiadaniu 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 pieczęcią 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)

.....
(pieczęćka i podpis Oferenta)