

FORMULARZ OFERTOWY**NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH PRZEZ:**

- 1) RATOWNIKA MEDYCZNEGO – KIEROWNIKA ZRM
- 2) RATOWNIKA MEDYCZNEGO – KIEROWCĘ ZRM

DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

imię i nazwisko:	
PESEL:	
adres korespondencyjny:	
telefon kontaktowy:	
adres e-mail:	
NIP (jeżeli dotyczy):	

ZAKRES ŚWIADCZEŃ ORAZ OFERTA CENOWA:

Zakreślić „X”	Stanowisko	Cena bazowa za 1 godzinę udzielania świadczeń	Proponowana minimalna liczba godzin
<input type="checkbox"/>	Ratownik medyczny – kierownik ZRM		
<input type="checkbox"/>	Ratownik medyczny – kierowca ZRM		
<input type="checkbox"/>	Ratownik medyczny – kierownik & kierowca ZRM		

ŚWIADCZENIA BĘDĘ PEŁNIĆ W RAMACH UMOWY:

zaznaczyć właściwe

- kontraktowej (w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej)
- zlecenie / bez konieczności odprowadzenia składek ZUS /
- zlecenie / z koniecznością odprowadzania składek ZUS /

WYKSZTAŁCENIE:

zaznaczyć właściwe

- policealne + egzamin kwalifikacyjny
- wyższe medyczne licencjackie **kierunkowe**
- wyższe medyczne magisterskie **kierunkowe**

DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE (W SYSTEMIE PRM):

Nazwa podmiotu	Stanowisko	Forma zatrudnienia	Okres zatrudnienia (w latach)

OBECNE MIEJSCA ZATRUDNIENIA:

podać nazwę podmiotu oraz formę zatrudnienia (umowa o pracę, zlecenie, kontrakt)

- 1)
- 2)

WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

1. Kserokopia dyplomu potwierdzającego wykształcenie.
2. Kserokopia aktualnej książeczki doskonalenia zawodowego.
3. Kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej na świadczenia zdrowotne lub oświadczenie, że stosowna polisa zostanie zawarta przed podpisaniem umowy.
4. Kserokopia aktualnego zaświadczenia o odbyciu szkolenia okresowego w zakresie BHP.
5. Orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych lub kserokopia książeczki do celów sanitarno-epidemiologicznych.
6. Oświadczenie o realizacji obowiązku szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 (załącznik nr 1 do Formularza ofertowego).
7. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do świadczenia usług na stanowisku, o które ubiega się Przyjmujący zamówienie.
8. Aktualny wydruk z CEIDG (jeżeli dotyczy).

OD PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE W ZAKRESIE RATOWNIK MEDYCZNY – KIEROWNIK ZRM WYMAGA SIĘ:

1. Oświadczenie, iż posiada doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym, w wymiarze co najmniej 5000 godzin w okresie ostatnich 5 lat (załącznik nr 2 do Formularza ofertowego).

OD PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE W ZAKRESIE RATOWNIK MEDYCZNY – KIEROWCA ZRM WYMAGA SIĘ:

1. Kserokopia prawa jazdy.
2. Kserokopia uprawnień do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych w ustawie *Prawo o ruchu drogowym*

Wszystkie załączone do Formularza ofertowego kserokopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem oraz opatrzone imienną pieczętką i podpisem.

OŚWIADCZENIA:

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że:

1. Jest gotowy do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku ratownika medycznego w WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze.
2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie zgłasza żadnych zastrzeżeń.
3. Nie jest pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.
4. Prowadzi działalność gospodarczą i jest wpisany do ewidencji działalności gospodarczej (skreślić, jeżeli nie dotyczy).
5. Przesłane kopie dokumentów są zgodne z ważnym, aktualnym oryginałem.
6. Świadomy odpowiedzialności karnej, potwierdza 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.

.....
(pieczętka i podpis Oferenta)

Zielona Góra,

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y

.....

(czytelnie imię i nazwisko)

Oświadczam, że*:

(*zaznaczyć właściwe)

- Jestem zaszczepiona/y **1 / 2 / 3** (niepotrzebne skreślić) dawką szczepionki przeciwko SARS-CoV-2 i posiadam unijne cyfrowe zaświadczenie COVID.
Data ostatniego szczepienia:
- Jestem osobą, która przebyła COVID-19 w okresie
- Data pozytywnego testu PCR:
- Mam przeciwwskazania zdrowotne do szczepienia szczepionką przeciwko SARS-CoV-2 (zaświadczenie lekarskie do wglądu).
- Nie spełniam żadnego z powyższych warunków.

.....
(pieczętka i podpis Oferenta)

Zielona Góra,

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y

.....
(czytelnie imię i nazwisko)

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 36 ust. 5 z dnia 8 września 2006 roku o *Państwowym Ratownictwie Medycznym*

POSIADAM

NIE POSIADAM

doświadczenie(a) w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym, w wymiarze co najmniej 5000 godzin w okresie ostatnich 5 lat.

.....
(pieczętka i podpis Oferenta)