**FORMULARZ OFERTOWY**

**NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH PRZEZ:**

1. RATOWNIKA MEDYCZNEGO/PIELĘGNIARKĘ SYSTEMU – KIEROWNIKA ZRM
2. RATOWNIKA MEDYCZNEGO/PIELĘGNIARKĘ SYSTEMU – 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** |
|  | Ratownik medyczny/pielęgniarka systemu  – **kierownik** ZRM |  |  |
|  | Ratownik medyczny/pielęgniarka systemu  – **kierowca** ZRM |  |  |
|  | Ratownik medyczny/pielęgniarka systemu  – **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;
* aktualnej książeczki doskonalenia zawodowego lub dokumentu potwierdzającego uzyskanie co najmniej 200 punktów edukacyjnych w aktualnym okresie edukacyjnym (dotyczy ratowników med.)
* zaświadczenie o wpisie do centralnego rejestru pielęgniarek i położnych (dotyczy pielęgniarek),
* aktualnej polisy od odpowiedzialności cywilnej na świadczenia zdrowotne lub oświadczenie,   
  że stosowna polisa zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
* aktualnego zaświadczenia o odbyciu szkolenia okresowego w zakresie BHP;
* aktualnego orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych lub kserokopia książeczki do celów sanitarno-epidemiologicznych;
* aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do świadczenia usług na stanowisku, o które ubiega się Przyjmujący zamówienie.

1. 🗆 Oświadczenie o realizacji obowiązku szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 (**załącznik nr 1 do Formularza ofertowego**).
2. 🗆 Aktualny wydruk z CEIDG (jeżeli dotyczy).

**OD PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE W ZAKRESIE RATOWNIK MEDYCZNY/PIELĘGNIARKA SYSTEMU   
– 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**).
2. 🗆 Oświadczenie, iż w dniu podpisania umowy Przyjmujący zamówienie posiada ważny Certyfikat e-ZLA (ZUS) w celu podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej na potrzeby integracji systemu SWD PRM   
   z systemem P1 (SIM). (**załącznik nr 3 do Formularza ofertowego**).

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

1. Kserokopia:

* aktualnego prawa jazdy**;**
* aktualnychuprawnień 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 pieczątką i podpisem.***

|  |
| --- |
| **\*Oferenci, obecnie udzielający świadczeń na rzecz WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze, zwolnieni są z obowiązku dostarczenia kserokopii dokumentów, o ile dokumenty złożone w poprzednich konkursach są aktualne.**  **Zaświadczenie o aktualności dokumentów należy uzyskać w Kadrach WSPR i dołączyć do oferty.**  **KONTAKT:**  **e-mail:** [**kadry@pogotowie.zgora.pl**](mailto:kadry@pogotowie.zgora.pl)  **tel. 721-199-866** |

**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 środka 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. Przedłożone 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.*

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