

**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
<input type="checkbox"/>	Ratownik medyczny/pielęgniarka systemu – <b>kierownik</b> ZRM		
<input type="checkbox"/>	Ratownik medyczny/pielęgniarka systemu – <b>kierowca</b> ZRM		
<input type="checkbox"/>	Ratownik medyczny/pielęgniarka systemu – <b>kierownik &amp; kierowca</b> ZRM		

**ŚWIADCZENIA BĘDĄ 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.

2.  Oświadczenie o realizacji obowiązku szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 (**załącznik nr 1 do Formularza ofertowego**).

3.  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;
  - aktualnych 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.***

**\*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 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. 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.*

.....  
(pieczętka i podpis Oferenta)