***Załącznik nr 1***

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa oferenta: | Adres oferenta: |
| Kod pocztowy i miejscowość: | PESEL: |
| Numer NIP: | Numer REGON: |
| Numer telefonu: | Adres e-mail |

1. Kwalifikacje zawodowe (należy zaznaczyć właściwe)

* Ratownik Medyczny
* Ratownik Medyczny z uprawnieniami do kierowania pojazdem uprzywilejowanym
* Pielęgniarz/Pielęgniarka Systemu
* Pielęgniarz/Pielęgniarka Systemu z uprawnieniami do kierowania pojazdem uprzywilejowanym

1. Doświadczenie zawodowe w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (należy zaznaczyć właściwe)

* Powyżej 3 lat
* Do 3 lat

1. Oferowana liczba godzin do przepracowania w każdym miesiącu, przy czym minimalna liczba nie może być niższa niż 24 godziny( należy wpisać wartość)

………………………………………………………………….

1. Oferuję następującą stawkę ryczałtową za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych :

* ***Ratownik medyczny/ Ratownik medyczny z uprawnieniami do kierowania pojazdem uprzywilejowanym w Zespołach Ratownictwa Medycznego*** : ………. zł   
  ( słownie:…………………………………………………………………………………..)
* ***Pielęgniarka systemu, Pielęgniarz systemu / Pielęgniarka, Pielęgniarz systemu   
  z uprawnieniami do kierowania pojazdem uprzywilejowanym w Zespołach Ratownictwa Medycznego:*** ………. zł ( słownie:…………………………………………...……………)
* ***Ratownik Medyczny/*** ***Ratownik Medyczny z uprawnieniami do kierowania pojazdem uprzywilejowanym w Zespołach Transportu Medycznego***: ………. zł   
  (słownie:…………………………………………………………………………………)

1. Załączone dokumenty:
2. …………………………………………………………………………….
3. …………………………………………………………………………….
4. …………………………………………………………………………….
5. …………………………………………………………………………….
6. …………………………………………………………………………….
7. …………………………………………………………………………….
8. …………………………………………………………………………….
9. ……………………………………………………………………………..

…………………………………..

Podpis Oferenta