

FORMULARZ OFERTOWY

1. **Nazwa Oferenta:** _____
2. **Adres Oferenta:** _____
3. **PESEL:** _____
4. **Numer NIP** (nie dotyczy umowy zlecenia): _____
5. **Numer REGON** (nie dotyczy umowy zlecenia): _____
6. **Numer telefonu:** _____
7. **Adres e-mail:** _____
8. **Kwalifikacje zawodowe (należy zaznaczyć właściwe) :**
 - Ratownik Medyczny
 - Ratownik Medyczny z uprawnieniami do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi
 - Pielęgniarka/Pielęgniarz Systemu
 - Pielęgniarka/Pielęgniarz Systemu z uprawnieniami do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi
9. **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):**
 - Do 3 lat
 - Powyżej 3 lat (należy udokumentować – świadectwa pracy, zaświadczenia)
 - Co najmniej 5000 godzin w okresie ostatnich 5 lat (wymagane zaświadczenie, oświadczenie)
10. **Oferowana liczba godzin do przepracowania w każdym miesiącu, przy czym minimalna liczba nie może być niższa niż 24 godziny(należy wpisać wartość):**

11. **Oferuję następującą stawkę ryczałtową za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:**
_____ zł brutto (słownie: _____)
_____)
12. **Załączone dokumenty (zaznaczyć właściwe):**
 - kserokopia dyplomu potwierdzającego wymagane wykształcenie,
 - kserokopia prawa wykonywania zawodu - *dotyczy pielęgniarek/pielęgniarzy systemu,*
 - kserokopia dyplomu posiadanej specjalizacji– *dotyczy pielęgniarek/pielęgniarzy systemu,*
 - zaświadczenie o rozpoczęciu specjalizacji – *jeśli dotyczy,*
 - zaświadczenie o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego zgodnie z art. 3 pkt. 6 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym – *jeśli dotyczy,*
 - potwierdzenie dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego ratownika medycznego i potwierdzenie rozpoczęcia kolejnego/nowego okresu edukacyjnego,

- dokumenty potwierdzające staż pracy w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym (*świadectwa pracy, zaświadczenia, oświadczenie*),
- kopii aktualnej polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Suma gwarancyjna ubezpieczenia nie może być niższa niż **30.000 EURO** w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz **150.000 EURO** w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki objęte są umową ubezpieczenia OC,
- aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej potwierdzającego wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub pisemnego zobowiązania do zarejestrowania działalności i przedłożenia dowodu wpisu do dnia podpisania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych (*nie dotyczy umowy zlecenia*),
- kserokopia aktualnego orzeczenia lekarskiego wydanego przez uprawnionego lekarza medycyny pracy, potwierdzającego brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego lub pielęgniarkę/pielęgniarszą systemu,
- kserokopia aktualnej książeczki/orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- kserokopia prawa jazdy (*jeśli dotyczy*),
- kserokopia zezwolenia na kierowanie pojazdami uprzywilejowanymi (*jeśli dotyczy*),
- kserokopia aktualnego orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdem uprzywilejowanym (*jeśli dotyczy*),
- kserokopia aktualnego orzeczenia psychologicznego o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem uprzywilejowanym (*jeśli dotyczy*),
- inne: _____

Wszystkie dokumenty załączone do oferty muszą być podpisane, a kopie potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta lub osobę upoważnioną na podstawie pełnomocnictwa złożonego w formie pisemnej. Do oferty należy załączyć dokument lub pełnomocnictwo, z których wynika uprawnienie osoby (osób) do składania oświadczeń woli i reprezentowania Oferenta.

Podpis Oferenta