

FORMULARZ OFERTOWY

KONKURS OFERT NR 1/2023 W PAŁUCKIM CENTRUM ZDROWIA SP. Z O. O. W ŻNINIE

1. Zgodnie z ogłoszonym konkursem składam swoją ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w *:

- Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z Izbą Przyjęć (SOR z IP)
- ratownik medyczny – triażysta,
 - ratownik medyczny w odcinku SOR,
 - ratownik medyczny z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych (Transport Medyczny)
- Zespołach Ratownictwa Medycznego (ZRM):
- ratownik medyczny z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych

***Należy dokonać wyboru TYLKO jednego podanego wyżej obszaru SOR z IP lub ZRM.**

2. Dane oferenta:

Imię i nazwisko oferenta, nazwa	
Adres oferenta, firmy	
PESEL	
NIP	
REGON	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

3. Oferta cenowa.

W związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oferuję następującą stawkę za 1 godzinę pracy: zł brutto
---	-----------------

4. Propozycja liczby godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu.

W każdym miesiącu oferowana liczba godzin udzielanych przeze mnie świadczeń zdrowotnych wynosić będzie: (nie mniej niż 96 godzin) h/ m-c
--	--------------

W sytuacjach losowych i wydarzeniach nadzwyczajnych wyrażam gotowość do pełnienia dyżurów poza ustalonym grafikiem*:

- TAK
- NIE

5. Wykształcenie*:

- średnie medyczne
- wyższe I stopnia (licencjat)
- wyższe II stopnia (magister)

Załączniki*:

- dyplom ukończenia studiów,**
- dokument potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownika medycznego,**
- kserokopia zaświadczenia o ukończeniu kursu ALS, EPALS, ITLS lub zdarzenia masowe w warunkach przedszpitalnych
- kserokopia **książeczki doskonalenia zawodowego** ratownika medycznego,
- zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/ wydruk z CEIDG,
- aktualna **polisa ubezpieczeniowa OC** lub / oświadczenie o jej dostarczeniu po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego,
- orzeczenie lekarskie od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych** lub / zobowiązanie jego dostarczenia,
- orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych** lub książeczkę zdrowia dla celów sanitarno-epidemiologicznych,
- zaświadczenie o szczepieniu przeciwwirusowemu zapaleniu wątroby,**
- kserokopia **prawa jazdy** (kategorii C lub B),
- Kserokopia **zezwolenia na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym** w zakresie określonej kategorii prawa jazdy, wystawione przez odpowiedni organ (Starostwo Powiatowe),
- Oświadczenia Oferenta (załącznik nr 2 do SWKO)**
-
-
-
-
-

* właściwe oznaczyć znakiem X

miejsceowość, data

czytelny podpis Oferenta