*Załącznik nr 1 do SWKO*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Konkurs ofert nr 1/2024**

**w Pałuckim Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Żninie**

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)

1. Dane oferenta:

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

1. Oferta cenowa.

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

1. 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

1. 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 miejscowość, data czytelny podpis Oferenta