# **OFERTA**

**NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH PRZEZ RATOWNIKA MEDYCZNEGO, PIELĘGNIARKĘ /PIELĘGNIARZA SYSTEMU – RATOWNIKA MEDYCZNEGO – KIEROWNIKA ZESPOŁU (ZAKRES NR 1)**

**NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH PRZEZ RATOWNIKA MEDYCZNEGO, PIELĘGNIARKĘ /PIELĘGNIARZA SYSTEMU – KIEROWCĘ (ZAKRES NR 2)\***

Deklarowana liczba godzin w miesiącu ………………….

DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |  |
| Ulica  |  |  |
| Nr domu/mieszkania |  |  |
| Miejscowość |  |  |
| Kod pocztowy |  |  |
| NIP |  |  |
| REGON |  |  |
| PESEL |  |  |
| Nr telefonu |  |  |
| Adres e-mail |  |  |

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE OŚWIADCZA, ŻE:**

* + - 1. Posiada wpis do **Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG).**

2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz Regulaminem pełnienia dyżuru w Zespołach Ratownictwa Medycznego w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

…………..PLN za 1 godzinę świadczeń usług zdrowotnych w dni robocze, soboty, niedziele i święta bez uwzględnienia tak zwanego dodatku wyjazdowego o którym mowa w art. 99b ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tzw. stawka bazowa)

Inne:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

\*zaznacz odpowiednio

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. CV,
2. kserokopia dyplomu potwierdzającego wymagane wykształcenie,
3. zaświadczenie o wpisie do centralnego rejestru pielęgniarek i położnych (jeśli dotyczy),
4. kserokopie dokumentów potwierdzających staż pracy,
5. kserokopia uprawnień do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych określonych w ustawie Prawo o ruchu drogowym (jeśli dotyczy),
6. kserokopia prawa jazdy (jeśli dotyczy),
7. kserokopia aktualnej książeczki doskonalenia zawodowego oraz potwierdzenie pozytywnego ukończenia poprzedniego okresu doskonalenia zawodowego (kserokopia ostatniej strony karty) – (jeśli dotyczy),
8. kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie
na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy,
9. orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych lub kserokopia książeczki do celów sanitarno-epidemiologicznych,
10. kserokopia aktualnego zaświadczenia o szczepieniu przeciwwirusowemu zapaleniu wątroby,
11. kserokopia aktualnego zaświadczenia o odbyciu szkolenia okresowego w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
12. zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do świadczenia usług
na stanowisku, o które ubiega się Przyjmujący zamówienie,
13. aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczony przed podpisaniem umowy,
14. kserokopie innych dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje (aktualne certyfikaty potwierdzające ukończenie kursów).

................................................................

(podpis Przyjmującego zamówienie)