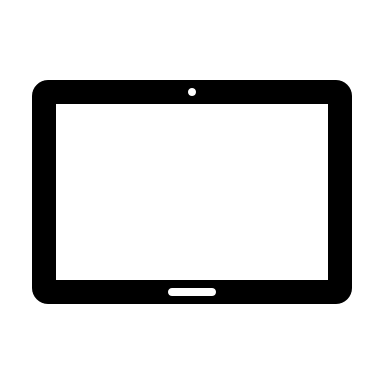
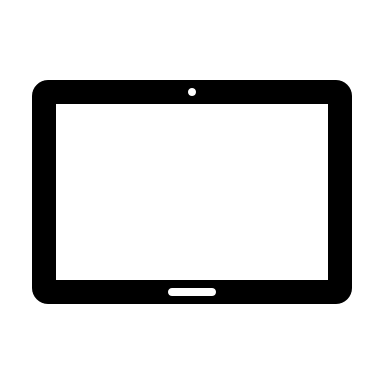
# **OFERTA**

**NA ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKI ZDROWOTNEJ UDZIELANYCH PRZEZ RATOWNIKA MEDYCZNEGO, PIELĘGNIARKĘ SYSTEMU – KIEROWNIKA ZESPOŁU (ZAKRES NR 1)**

**NA ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKI ZDROWOTNEJ UDZIELANYCH PRZEZ RATOWNIKA MEDYCZNEGO, PIELĘGNIARKĘ 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 na podstawie umów cywilnoprawnych 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 opieki zdrowotnej 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. kserokopia dyplomu potwierdzającego wymagane wykształcenie,
2. zaświadczenie o wpisie do centralnego rejestru pielęgniarek i położnych (jeśli dotyczy),
3. kserokopie dokumentów potwierdzających wykonywanie zawodu w celu potwierdzenia stażu pracy,
4. oświadczenie stanowiące załącznik nr 4 do SWKO, że posiada doświadczenie w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w wymiarze co najmniej 5 000 godzin (dot. zakresu nr 1) w okresie ostatnich 5 lat,
5. kserokopia uprawnień do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych określonych w ustawie   
   z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (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 opieki zdrowotnej lub dołączone oświadczenie (stanowiące załącznik nr 5 do SWKO), 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 lub oznaczenie stężenia przeciwciał anty-HBs,
11. kserokopia aktualnego zaświadczenia o odbyciu szkolenia okresowego w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy (szkolenia okresowego Przyjmujących zamówienie na stanowiskach administracyjno-biurowych oraz pracowników, o których mowa w § 14 ust. 2 pkt 6 rozporządzeniaMinistra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy),
12. zaświadczenie 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),
14. kserokopie innych dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje (aktualne certyfikaty potwierdzające ukończenie kursów).

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

(podpis Przyjmującego zamówienie)