**FORMULARZ OFERTOWY**

1. **Dane oferenta**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa Oferenta (w brzmieniu podanym w CEDG) | | | |
| Imię i nazwisko Oferenta | | | |
| Kod pocztowy i miejscowość | | Pełen adres pod jakim prowadzona jest działalność | |
| PESEL | NIP | | REGON |
| Adres do korespondencji ( podać jeżeli jest inny niż adres prowadzenia działalności | | | |
| Nr telefonu kontaktowego | | Adres mail oferenta | |
| Wykształcenie ( zaznaczyć krzyżykiem) | * Średnie medyczne (policealne) * Wyższe I stopnia (licencjat) * Wyższe II stopnia ( magister) | | **PRZYZNANIE PUNKTÓW ( wypełnia Komisja)** |
|  |
|  |
|  |
| Staż pracy w SOR jako ratownik medyczny / pielęgniarka systemu ( zaznaczyć krzyżykiem ) | * 0- 5 lat * 5 -10 lat * Powyżej 10 lat | | **PRZYZNANIE PUNKTÓW ( wypełnia Komisja)** |
|  |
|  |
|  |

1. **Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych jako ( zaznaczyć krzyżykiem )**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ratownik medyczny |
|  | Pielęgniarka / pielęgniarz systemu |
|  | Ratownik medyczny z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych |
|  | Pielęgniarka / pielęgniarz z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych |

1. **Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych (zaznaczyć krzyżykiem )**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Szpitalny Oddział Ratunkowy |
|  | Wewnętrzny Transport Sanitarny |

1. **Zaproponowana liczba godzin**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba godzin** | **Świadczenia wykonywane przez** | **PRZYZNANE PUNKTY ( wypełnia Komisja)** |
|  | Ratownik medyczny |  |
|  | Pielęgniarka / pielęgniarz systemu |  |
|  | Ratownik medyczny z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych |  |
|  | Pielęgniarka / pielęgniarz z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych |  |

1. **W sytuacjach losowych i wydarzeniach nadzwyczajnych wyrażam zgodę do pełnienia dyżurów poza ustalony grafikiem** ( zaznaczyć krzyżykiem)

* **TAK**  **NIE**

1. **Dodatkowe kwalifikacje**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dodatkowe kwalifikacje** | **DOTYCZY TAK / NIE** | **PRZYZNANE PUNKTY ( wypełnia Komisja)** |
| Prawo jazdy kat. C z uprawnienia do prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego |  |  |
| Prawo jazdy kat. B z uprawnienia do prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego |  |  |
| Doświadczenie zawodowe kierowcy ambulansu powyżej 3 lat ( zaświadczenie nie jest wymagane od osób zatrudnionych w 105KSzWzP SPZOZ ) |  |  |
| Kontynuacja umowy w 105KSzWzP-SPZOZ |  |  |

1. **Proponuję następujące stawki**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Stawka za godzinę** | **CHARAKTER WYKONYWANYCH ŚWIADCZEŃ** | **PRZYZNANE PUNKTY ( wypełnia Komisja)** |
| zł | za godzinę udzielania świadczeń w charakterze ratownika medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym |  |
| zł | za godzinę udzielania świadczeń w charakterze pielęgniarki /pielęgniarza systemu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym |  |
| zł | za godzinę wezwania do udzielania świadczeń w charakterze ratownika medycznego , pielęgniarki /pielęgniarza systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego w Wewnętrznym Transporcie Sanitarnym |  |
| zł | za godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń w ramach wewnętrznego transportu sanitarnego |  |

1. **Oświadczam, że do niniejszej oferty załączam (zaznaczyć krzyżykiem):**

|  |  |
| --- | --- |
| * Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej * zaświadczenie lekarskie * kopię dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe - wymienić jakie …………. * kopi polisy ubezpieczeniowej OC | UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów. Brak dokumentów spowoduje odrzucenie oferty. |
| * wydruk z systemu e-KRK – zaświadczenie o niekaralności * oświadczenie | UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów. Oferta zostanie odrzucona, jeśli brak będzie zaświadczenia o niekaralności lub oświadczenia o jej dostarczenia w terminie najpóźniej do dnia zawarcia umowy. |
| * kopię prawa jazdy kat. B lub C | UWAGA: dotyczy wyłącznie ratowników medycznych lub pielęgniarki / pielęgniarzy systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego . Brak spowoduje odrzucenie oferty. |
| * kopię aktualnych uprawnień do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi * zaświadczenie o byciu kierowcą ambulansu powyżej 3 lat | Brak dokumentów spowoduje odrzucenie oferty. |
| * Kopia polisy OC w zakresie szkód wyrządzonych w związku z kierowaniem pojazdem | UWAGA: Dotyczy wyłącznie ratowników medycznych lub pielęgniarki/ pielęgniarzy systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego oferentów. Brak dokumentów spowoduje odrzucenie oferty. |

Będąc świadomym konsekwencji wynikających z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym.

Data i podpis ……………………..………………………