**FORMULARZ OFERTOWY**

1. **Dane oferenta**

| Nazwa oferenta (w brzmieniu podanym w CEIDG) | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 email oferenta | |
| Wykształcenie ( zaznaczyć krzyżykiem) | c policealne  c wyższe I stopnia (licencjat)  c wyższe II stopnia (magister) | | | **PRZYZNANIE PUNKTÓW** |
|  |
|  |
|  |
| Staż pracy ZRM jako ratownik medyczny lub pielęgniarka / pielęgniarz systemu ( zaznaczyć krzyżykiem ) | | c 0-5 lat  c 5-10 lat  c powyżej 10 lat | | **PRZYZNANIE PUNKTÓW** |
|  |
|  |
|  |

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

|  | ratownik medyczny |
| --- | --- |
|  | Pielęgniarka / pielęgniarz systemu |
|  | ratownik medyczny z uprawnieniami do prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego |
|  | Pielęgniarka/ pielęgniarz z uprawnieniami do prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego |

1. **Zaproponowana liczba godzin**

| **Liczba godzin** | **Świadczenie wykonywane przez :** | **PRZYZNANE PUNKTY** |
| --- | --- | --- |
|  | ratownik medyczny |  |
|  | Pielęgniarka / pielęgniarz systemu |  |
|  | ratownik medyczny z uprawnieniami do prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego |  |
|  | Pielęgniarka/ pielęgniarz z uprawnieniami do prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego |  |

1. **Dodatkowe kwalifikacje**

| **Dodatkowe kwalifikacje** | **DOTYCZY TAK / NIE** | **PRZYZNANE PUNKTY** |
| --- | --- | --- |
| 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 następującą stawkę:**

| **Stawka za godzinę** | **CHARAKTER WYKONYWANYCH ŚWIADCZEŃ** | **PRZYZNANE PUNKTY** |
| --- | --- | --- |
| zł | za godzinę udzielania świadczeń w charakterze ratownika medycznego w Zespołach Ratownictwa Medycznego Karetka „S” Karetka „P „ |  |
| zł | za godzinę udzielania świadczeń w charakterze pielęgniarki /pielęgniarza systemu w Zespołach Ratownictwa Medycznego Karetka „S” Karetka „P „ |  |
| zł | za godzinę udzielania świadczeń w charakterze ratownik medyczny z uprawnieniami do prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego w Zespołach Ratownictwa Medycznego Karetka „S” Karetka „P „ |  |
| zł | za godzinę udzielania świadczeń w charakterze pielęgniarka/ pielęgniarz systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego w Zespołach Ratownictwa Medycznego Karetka „S” Karetka „P „ |  |
| zł | za godzinę udzielania świadczeń w charakterze ratownika medycznego/ ratownika medycznego – z uprawnieniami do prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego w Transporcie Medycznym - wewnętrznym - Karetka T |  |

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

| c Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej  c zaświadczenie lekarskie  c kopię dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe | UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów. Brak dokumentów spowoduje odrzucenie oferty. |
| --- | --- |
| c kopia polisy ubezpieczeniowej OC   * wydruk z systemu e-KRK – zaświadczenie o niekaralności | UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów. Oferta zostanie odrzucona, jeśli brak będzie polisy ii zaświadczenia o niekaralności lub oświadczenia o jej dostarczenia w terminie najpóźniej do dnia zawarcia umowy. |
| c kopię prawa jazdy kat. B lub C | UWAGA: dotyczy wyłącznie ratowników medycznych lub pielęgniarki / pielęgniarzy systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego . Brak (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) spowoduje odrzucenie oferty. |
| c 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 pojazdu | UWAGA: Dotyczy wyłącznie ratowników medycznych lub pielęgniarki/ pielęgniarzy systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego oferentów. Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) 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 ………………………………………….