**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** |
|  |
|  |
|  |
| Staż pracy w SOR jako ratownik medyczny / pielęgniarka systemu ( zaznaczyć krzyżykiem ) | * 0- 5 lat * 5 -10 lat * Powyżej 10 lat | | **PRZYZNANIE PUNKTÓW** |
|  |
|  |
|  |

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

1. **Przystąpienie do konkursu ofert jako ( zaznaczyć krzyżykiem**

|  |  |
| --- | --- |
| * **Umowa kontraktowa**   Osoba fizyczna wykonująca zawód w ramach praktyki zawodowej w rozumieniu art.5 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej / w ramach działalności gospodarczej |  |
| * **Umowa zlecenie**   Osoba fizyczna , nieprowadząca działalności gospodarczej , ale posiadająca fachowe kwalifikacje do udzielenia świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym  **WAŻNE**  **Oświadczam**, *że posiadam/ nie posiadam*\* inny tytuł do objęcia ubezpieczeniami społecznymi ( np. jestem zatrudniony w innym podmiocie w ramach umowy o pracę lub umowy zlecenie)  \*skreślić |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ratownik medyczny w SOR |
|  | Pielęgniarka / pielęgniarz w SOR |
|  | Ratownik medyczny/pielęgniarka/pielęgniarz w transporcie sanitarnym |
|  | Ratownik medyczny/pielęgniarka/pielęgniarz z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych w transporcie sanitarnym |

1. **Zaproponowana liczba godzin**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba godzin** | **Świadczenia wykonywane przez** | **PRZYZNANE PUNKTY** |
|  | Ratownik medyczny |  |
|  | Pielęgniarka / pielęgniarz systemu |  |
|  | Ratownik medyczny/pielęgniarka/pielęgniarz w transporcie sanitarnym |  |
|  | Ratownik medyczny/pielęgniarka/pielęgniarz z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych w transporcie sanitarnym |  |

1. **Dodatkowe informacje**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dodatkowe kwalifikacje** | **DOTYCZY TAK / NIE** | **PRZYZNANE PUNKTY** |
| Kontynuacja umowy w 105KSzWzP-SPZOZ |  |  |

1. **Proponuję następujące stawki**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Stawka za godzinę** | **CHARAKTER WYKONYWANYCH ŚWIADCZEŃ** | **PRZYZNANE PUNKTY** |
| zł | za godzinę udzielania świadczeń w charakterze ratownika medycznego w SOR |  |
| zł | za godzinę udzielania świadczeń w charakterze pielęgniarki /pielęgniarza w SOR |  |
| Zł | za godzinę udzielania świadczeń w charakterze ratownika / pielęgniarki /pielęgniarza, ratownika / pielęgniarki /pielęgniarza z uprawnieniami do prowadzenia samochodów w transporcie sanitarnym |  |
| Zł | za godzinę pozostawania w gotowości udzielania świadczeń w charakterze ratownika / pielęgniarki /pielęgniarza w transporcie sanitarnym |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| * Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej – w przypadku umowy kontraktowej * zaświadczenie lekarskie * kopię dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe * kopi polisy ubezpieczeniowej OC * klauzula RODO * oświadczenie o obowiązku doskonalenia zawodowego (dot. ratowników) | UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów. Brak dokumentów spowoduje odrzucenie oferty. |
| * wydruk z systemu e-KRK – zaświadczenie o niekaralności | UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów. Oferta zostanie odrzucona, jeśli brak będzie zaświadczenia o niekaralności |
| * 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. |
| * Uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych | UWAGA: Dotyczy wyłącznie ratowników medycznych lub pielęgniarki/ pielęgniarzy 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 ……………………..………………………