

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego przez ratowników medycznych w Zespole Ratownictwa Medycznego (udzielanie świadczeń zdrowotnych w zespołach ratownictwa podstawowego) oraz udzielanie świadczeń transportowo-przewozowych a także w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym i Oddziałach Szpitalnych.

1. Imię i nazwisko oferenta:.....
2. Nazwisko rodowe:.....
3. Nazwa dz. gosp./praktyki:
4. Adres zamieszkania:
5. Adres zameldowania:.....
6. Nr telefonu:, Adres e-mail:
7. Nr PESEL:
8. Nr REGON:, Nr NIP:
9. Nr dyplomu:, data wydania:
wykształcenie:.....
10. Prawo jazdy nr, kategorie:.....
data wydania
11. Zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym nr,
w zakresie kategorii prawa jazdy:,
data wydania, data ważności,
czy oferent odbył kurs na kierowanie pojazdem uprzywilejowanego tak/nie*, jeżeli tak proszę o
podanie daty ukończenia kursu
12. **Propozycja terminu zawarcia umowy: od.....do**
13. Propozycja cenowa oferenta za 1 h udzielania świadczeń na rzecz Udzielającego zamówienia:

Cena brutto w zł	Rodzaj udzielanych świadczeń
	za 1 godz. udzielania świadczeń w zespole ratownictwa podstawowego
	za 1 godz. udzielania świadczeń transportowo - przewozowych
	za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym
	za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziałach Szpitalnych

14. **Propozycja liczby godzin udzielanych świadczeń miesięcznie:**
15. Oświadczenie o stażu pracy w zawodzie – potwierdzone odpowiednimi dokumentami:

1.	Miejsce wykonywania zawodu ratownika med./pielęgniarki	lata	miesiące
a.	w pogotowiu ratunkowym w zespołach RTM lub lotniczym zespole RTM		
b.	w szpitalnym oddziale ratunkowym		
c.	w oddziale anestezjologii i int. terapii, kardiologii, pediatrii		
d.	w izbie przyjęć szpitala, oddziale pomocy doraźnej		
Razem staż w zawodzie ratownika med./pielęgniarki:			

16. Czy oferent miał obowiązek zaliczenia „okresu edukacyjnego” w zawodzie ratownika medycznego?: tak*/nie*. Jeżeli tak, czy zaliczył „okres edukacyjny”?: tak*/nie*.
17. Czy ZOZ SPZOZ Brodnica będzie jedynym miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych? : tak*/nie*.
18. Załączam następujące dokumenty – kserokopie*:
- 1) zaświadczenie o posiadanym nr REGON lub wyciąg z CEIDG,
 - 2) dyplom uzyskania tyt. zawodowego ratownika medycznego,
 - 3) świadectwo ukończenia szkoły kierunkowej,
 - 4) certyfikaty (zaświadczenia) ukończonych szkoleń i seminariów,
 - 5) szczepienie WZW typ B,
 - 6) prawo jazdy,
 - 7) szkolenie BHP ,
 - 8) wkładka na pojazd uprzywilejowany,
 - 9) polisa OC,
 - 10) orzeczenie lekarskie na prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych,
 - 11) orzeczenie lekarskie oraz sanitarno – epidemiologiczne,
 - 12) orzeczenie psychologiczne.

.....
data sporządzenia oferty

.....
podpis oferenta

* *niepotrzebne skreślić*