**Zespół Opieki Zdrowotnej w Szczytnie**

**12-100 Szczytno**

**ul. M.C. Skłodowskiej 12**

FORMULARZ OFERTOWY

1

. Dane oferenta

Nazwa oferenta (w brzmieniu podanym w CEIDG)

Kod pocztowy i miejscowość

Pełen adres pod jakim prowadzona jest działalność

Nr PESEL

Nr NIP

Nr REGON

Nr telefonu kontaktowego

Nazwa banku

Adres email oferenta

Nr konta bankowego

Wykształcenie

Staż pracy w ZRM jako ratownik lub

pielęgniarka/pielęgniarz:

Niniejszą ofertę składam jako osoba

wykonująca zawód (zaznaczyć tylko jeden):

 ratownika medycznego

 pielęgniarki systemu









policealne







0-5 lat

5-10 lat

powyżej 10 lat

wyższe I stopnia (licencjat)

wyższe II stopnia (magister)

wyższe III stopnia (doktorat)

2

. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych jako

Minimalna

miesięczna

deklarowana

liczba godzin

(podać odrębnie dla

każdego stanowiska)

(łączna liczba godzin

dla wszystkich

Deklarowana stawka

za godzinę

udzielania świadczeń

Stanowisko

(proszę zaznaczyć znakiem X)

stanowisk musi

wynosić minimum

6

0 godzin)

Postaw

krzyżyk

jeśli

wybrałeś

Postaw

krzyżyk

jeśli

Ratownik medyczny / pielęgniarka systemu

kierownik zespołu ratownictwa

medycznego

–

…………………zł/godz.

…………………zł/godz.

Ratownik medyczny / pielęgniarka systemu

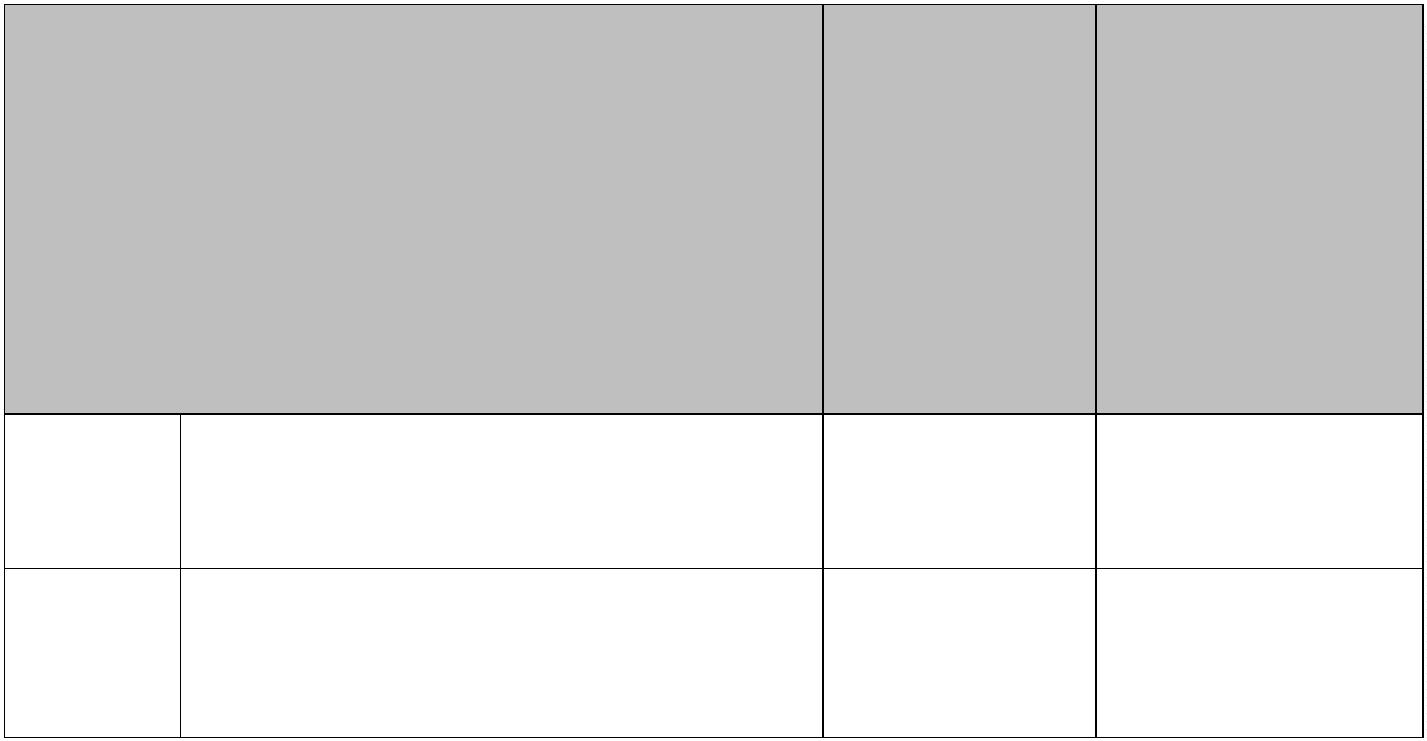
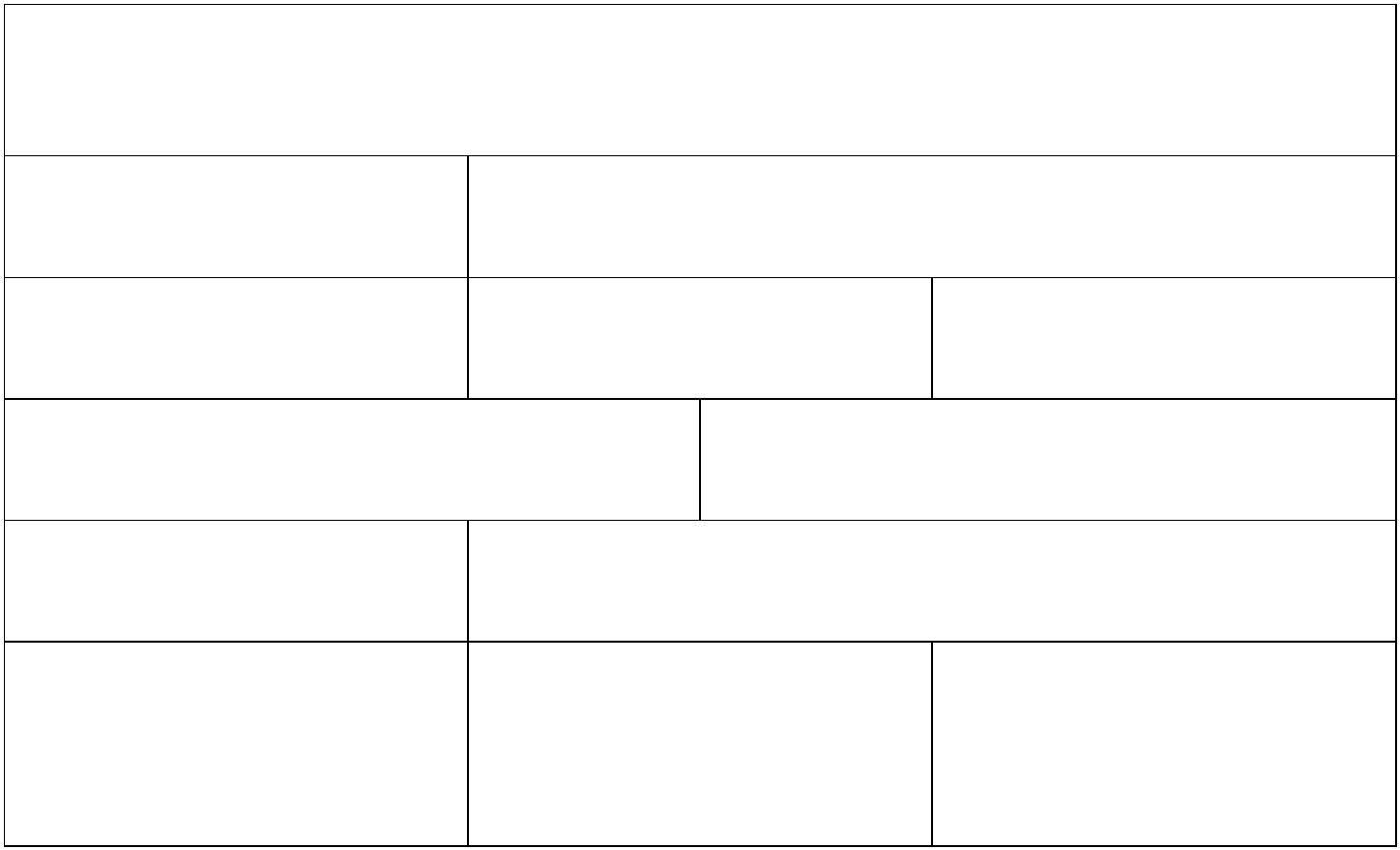
–

kierowca zespołu ratownictwa

medycznego

wybrałeś

Strona **1** z **3**



Postaw

krzyżyk

jeśli

Ratownik medyczny / pielęgniarka systemu

– członek zespołu ratownictwa medycznego

…

………………zł/godz.

wybrałeś

Łączna miesięczna deklarowana liczba godzin wynosi ……………..

3

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















Curriculum Vitae

UWAGA: Dotyczy wszystkich

oferentów. Brak dokumentów (lub

przedstawienie oświadczeń o

dostarczeniu w terminie

późniejszym) spowoduje

odrzucenie oferty.

Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej

świadectwo o niekaralności

zaświadczenie lekarskie

kopię dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe

kopię prawa jazdy

kopię zezwolenia na prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych



kopia polisy ubezpieczeniowej OC w sprawie obowiązkowego

ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego

działalność leczniczą lub oświadczenie jej dostarczeniu

UWAGA: Dotyczy wszystkich



kopia polisy ubezpieczeniowej obejmującej swoim zakresem szkody oferentów. Oferta zostanie

na mieniu Udzielającego zamówienie powstałe w związku z

wykonywaniem przez Przyjmującego zamówienie czynności

zawodowych oraz posiadaniem i użytkowaniem mienia Udzielającego

Zamówienie lub oświadczenie jej dostarczeniu

odrzucona, jeśli brak będzie polis

lub oświadczeń o ich dostarczeniu

w terminie późniejszym.

UWAGA: dotyczy wyłącznie

ratowników medycznych. Brak (lub

przedstawienie oświadczeń o

dostarczeniu w terminie

późniejszym, nie dotyczy

Oferentów, którzy nie byli

zobowiązani do rozpoczęcia okresu

edukacyjnego na podstawie art. 3

pkt. 2 rozporządzenia ministra

zdrowia z dnia 13 grudnia 2019

roku w sprawie doskonalenia

zawodowego ratowników

medycznych) spowoduje



kopię aktualnej Karty Doskonalenia Zawodowego Ratownika Med.

odrzucenie oferty.

UWAGA: załączenie kopii

certyfikatów wymienionych kursów

nie jest obowiązkowe. Ich brak nie

powoduje odrzucenia oferty.

Prosimy nie załączać kopii

certyfikatów szkoleń innych niż

wymienione.





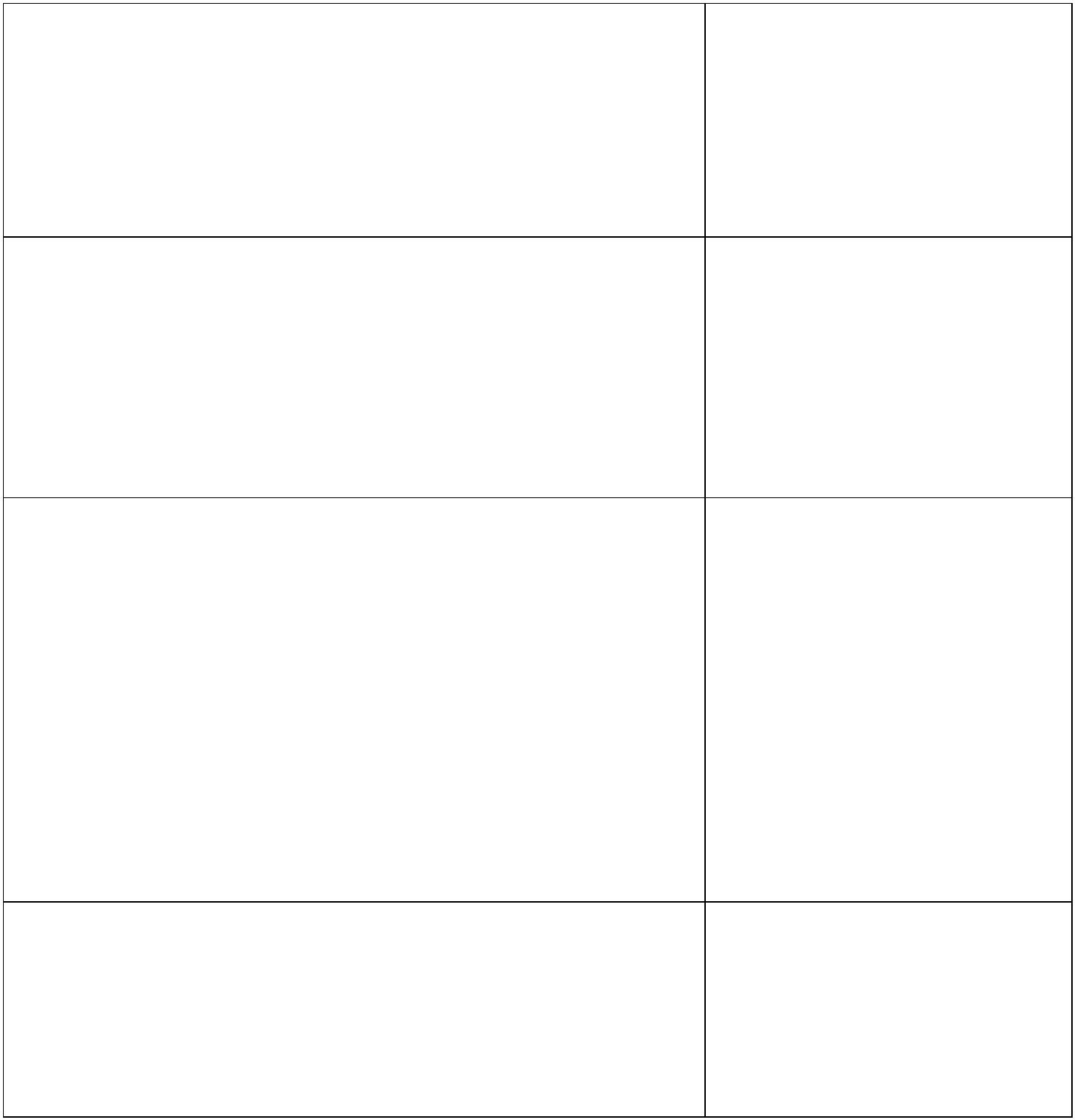
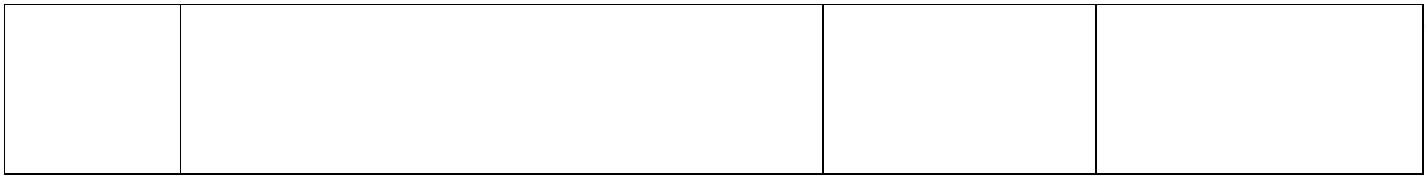


kopia certyfikatu ALS/ACLS certyfikowanego przez ERC/AHA

kopia certyfikatu EPLS/PALS/NLS certyfikowanego przez ERC/AHA

kopia certyfikatu ITLS/ETC/PHTLS

Strona **2** z **3**



Wynagrodzenie Dodatkowe

a. Z tytułu udzielania świadczeń w karetce transportowej – ……zł/h brutto,

b. Za zabezpieczenie medyczne imprez masowych – ……zł/h brutto,

c. Z tytułu udzielania świadczeń w zespole dwuosobowym - ………. zł/h brutto,

d. Dodatek w wysokości ……….. zł brutto za wypracowanie minimum 160 godzin w miesiącu,

e. Z tytułu udzielania świadczeń w zespole dwuosobowym w Szczytnie - dodatek w wysokości ……… zł/h brutto,

f. Z tytułu udzielanie świadczeń zespole dwuosobowym w Pasymiu i Świętajnie - dodatek

w wysokości ………. zł/h brutto,

g. Z tytułu udzielania świadczeń w zespole dwuosobowym - dodatek dla kierownika ……. zł/h brutto.

Będąc świadomym konsekwencji wynikających z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że

podane w części 1 dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym.

……………………………………………………

………………………………………………………

data i miejscowość

podpis oferenta

Strona **3** z **3**

Z tytułu udzielania świadczeń w karetce transportowej – ……zł/h brutto,

b. Za zabezpieczenie medyczne imprez masowych – ……zł/h brutto,

c. Z tytułu udzielania świadczeń w zespole dwuosobowym - ………. zł/h brutto,

d. Dodatek w wysokości ……….. zł brutto za wypracowanie minimum 160 godzin w miesiącu,

e. Z tytułu udzielania świadczeń w zespole dwuosobowym w Szczytnie - dodatek w wysokości ……… zł/h brutto,

f. Z tytułu udzielanie świadczeń zespole dwuosobowym w Pasymiu i Świętajnie - dodatek

w wysokości ………. zł/h brutto,

g. Z tytułu udzielania świadczeń w zespole dwuosobowym - dodatek dla kierownika ……. zł/h brutto.

