

.....
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)
.....

.....
Adres podmiotu, telefon, adres e-mail
.....

Rodzaj rejestru, NIP, REGON

Oferta
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zespołach wyjazdowych Pogotowia Ratunkowego Szpitala Powiatowego w
Chrzanowie
(stacje: Chrzanów, Wygielzów, Libiąż, Trzebinia)
przez ratowników medycznych, ratowników medycznych- kierowców,
pielęgniarki/pielęgniarzy systemu, pielęgniarki/pielęgniarzy systemu-kierowców.

1. Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych **w zespołach wyjazdowych Pogotowia Ratunkowego Szpitala Powiatowego w Chrzanowie (stacje: Chrzanów, Wygielzów, Libiąż, Trzebinia) jako:**

- ratownik medyczny/pielęgniarka/pielęgniarz* posiadający przepracowane 5000 godzin w ciągu ostatnich 5 lat w Zespołach Ratownictwa Medycznego oraz uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych,*
- ratownik medyczny/pielęgniarka/pielęgniarz* posiadający przepracowane 5000 godzin w ciągu ostatnich 5 lat w Zespołach Ratownictwa Medycznego bez aktualnego uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych,*
- ratownik medyczny/pielęgniarka/pielęgniarz posiadający uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych bez posiadania przepracowanych 5000 godzin w ciągu ostatnich 5 lat w Zespole Ratownictwa Medycznego,*
- ratownik medyczny/pielęgniarka/pielęgniarz* bez posiadania przepracowanych 5000 godzin w ciągu ostatnich 5 lat w Zespole Ratownictwa Medycznego oraz nie posiadającej uprawnień do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych,*

*-niepotrzebne skreślić

2. Oświadczam, że zapoznałam (-em) się z treścią ogłoszenia o Konkursie ofert, Regulaminem przeprowadzania Konkursu ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

3. Do oferty dołączono kserokopie dokumentów uwierzytelnionych za zgodność z oryginałem (zaznaczyć dołączone dokumenty):

Lp	Dokumenty	Należy zaznaczyć znakiem „X” dołączone dokumenty
1.	Aktualny odpis z właściwego rejestru, albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej lub wypis z rejestru podmiotów leczniczych oraz wyciąg z KRS.	
2.	Zaświadczenie o numerze identyfikacji podatkowej (NIP).	
3.	Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON	
4.	Dyplom potwierdzający posiadanie kwalifikacji. W przypadku pielęgniarek/pielegniarzy	
a	prawo wykonywania zawodu,	
b	dyplom posiadanej specjalizacji (jeżeli Oferent posiada specjalizację),	
c	zaświadczenie o rozpoczęciu specjalizacji (jeżeli Oferent odbywa specjalizację),	
d	zaświadczenie o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego (jeżeli Oferent ukończył kurs kwalifikacyjny) zgodnie z zapisami art. 3 pkt. 6 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym wraz z zaświadczeniem o posiadanym stażu	
5.	Aktualne badania lekarskie na stanowisko ratownika medycznego/pielegniarki systemu	
6.	Prawo jazdy kategorii B lub C (dotyczy ratownika medycznego - kierowcy, pielęgniarzy/pielegniarki systemu - kierowcy).	
7.	Pozwolenie na kierowanie pojazdami uprzywilejowanymi, wydane przez właściwy organ (dotyczy ratownika medycznego - kierowcy, pielęgniarzy/pielegniarki systemu - kierowcy).	
8.	Oświadczenie o posiadaniu przepracowanych 5 000 godzin w ciągu 5 lat w Zespołach Ratownictwa Medycznego (dotyczy ratowników medycznych, ratowników medycznych- kierowców, pielęgniarzy/ pielęgniarzy systemu, pielęgniarzy/pielegniarzy- kierowców posiadających co najmniej 5 letni staż pracy).	
9.	Wypełniony formularzy ofertowy.	
10.	Wypełnione oświadczenie Oferenta.	

4. W przypadku wyboru mojej Oferty zobowiązuje się dostarczyć aktualną polisę OC w dniu podpisania umowy oraz zaświadczenie o posiadaniu przepracowanych 5 000 godzin w ciągu 5 lat w Zespołach Ratownictwa Medycznego.
5. Za realizację świadczeń zdrowotnych w dni robocze, soboty, niedziele i święta oczekuję wynagrodzenia:
- jako osoba posiadająca przepracowane 5000 godzin w ciągu ostatnich 5 lat w Zespołach Ratownictwa Medycznego oraz uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych w kwocie: zł brutto za 1 (jedną) przepracowaną godzinę

- b. jako osoba posiadająca przepracowane 5000 godzin w ciągu ostatnich 5 lat w Zespołach Ratownictwa Medycznego bez aktualnego uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych w kwocie: ... zł brutto za 1 (jedną) przepracowaną godzinę
- c. jako osoba posiadająca uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych bez posiadania przepracowanych 5000 godzin w ciągu ostatnich 5 lat w Zespole Ratownictwa Medycznego w kwocie: zł brutto za 1 (jedną) przepracowaną godzinę
- d. jako osoba bez posiadania przepracowanych 5000 godzin w ciągu ostatnich 5 lat w Zespole Ratownictwa Medycznego oraz nie posiadającej uprawnień do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych w kwocie: zł brutto za 1 (jedną) przepracowaną godzinę

6. Oświadczam, że posiadam następujący staż pracy w ciągu ostatnich 5 lat przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych:

Miejsce wykonywania pracy	lata	miesiące	Liczba godzin
Zespół Ratownictwa Medycznego sPRM			
Szpitalny Oddział Ratunkowy/Izba przyjęć			
Lotniczy ZRM			

7. Deklaruję chęć realizacji świadczeń zdrowotnych w wymiarze godzin miesięcznie.

*-niepotrzebne skreślić.

.....
miejsce i data

.....
podpis Oferenta,
bądź osoby upoważnionej

OŚWIADCZENIE OFERENTA

.....
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.....
Adres podmiotu, telefon, e-mail

.....
Rodzaj rejestru, NIP, REGON,

Oświadczam, że:

1. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia (w przypadku podmiotu leczniczego: oświadczam, że lekarze, z którymi na dzień zawrę umowy posiadają odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń objętych przedmiotem zamówienia).
2. Samodzielnie dokonuję wszelkich rozliczeń z Urzędem Skarbowym.
3. Zapoznałem się z Regulaminem Konkursu i przyjmuję jego treść bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zapoznałem się z warunkami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
6. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Organizatora Konkursu.

.....
miejscowość i data

.....
podpis Oferenta,
bądź osoby upoważnionej