

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

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

Rodzaj rejestru, NIP, REGON

**Oferta
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zespołach ratownictwa medycznego Pogotowia Ratunkowego Szpitala
Powiatowego w Chrzanowie
(stacje: Chrzanów, Wygiełzów, 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, Wygiełzów, Libiąż, Trzebinia) jako: (zaznaczyć właściwe pole znakiem „X”)

Osoba z doświadczeniem w pracy w zespołach ratownictwa medycznego, lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych powyżej 5000 h w ciągu ostatnich 5 lat oraz uprawnieniem do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych	
Osoba z doświadczeniem w pracy w zespołach ratownictwa medycznego, lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych powyżej 5000 h w ciągu ostatnich 5 lat bez posiadania uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych	
Osoba posiadająca uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych bez posiadania doświadczenia w pracy w zespołach ratownictwa medycznego, lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych powyżej 5000 h w ciągu ostatnich 5 lat	
Osoba bez doświadczeniem w pracy w zespołach ratownictwa medycznego, lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych powyżej 5000 h w ciągu ostatnich 5 lat oraz bez posiadania uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych	

2. Za realizację świadczeń zdrowotnych w dni robocze, soboty, niedziele i święta oczekuję wynagrodzenia w kwocie ... zł brutto za 1 (jedną) przepracowaną godzinę.

3. Do oferty dołączono dokumenty (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. - ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY	
2.	Dyplom potwierdzający posiadanie kwalifikacji. - ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY DLA RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH - wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
	W przypadku pielęgniarek/pielęgniarzy - ZAŁĄCZNIKI OBOWIĄZKOWE DLA PIEŁĘGNIAREK/PIEŁĘGNIARZY- wymagane kserokopie opisane klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
a	prawo wykonywania zawodu	
b	dyplom posiadanej specjalizacji (jeżeli Oferent ją posiada)	
c	zaświadczenie o rozpoczęciu specjalizacji (jeżeli Oferent ją odbywa)	
d	zaświadczenie o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego (jeżeli Oferent go ukończył) wraz z zaświadczeniem o posiadanym stażu zgodnie z zapisami art. 3 pkt. 6 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym	
3.	Aktualne badania lekarskie na stanowisko ratownika medycznego/pielęgniarki systemu - ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY - wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
4.	Aktualna polisa OC - ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY	
5.	Prawo jazdy kategorii B lub C (dotyczy ratownika medycznego - kierowcy, pielęgniarzy/pielęgniarki systemu - kierowcy). - ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY DLA KIEROWCÓW - wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
6.	Pozwolenie na kierowanie pojazdami uprzywilejowanymi, wydane przez właściwy organ (dotyczy ratownika medycznego - kierowcy, pielęgniarzy/pielęgniarki systemu - kierowcy). - ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY DLA KIEROWCÓW - wymagana kserokopia opisana klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
7.	Zaświadczenie o posiadanym doświadczeniu w pracy w zespołach ratownictwa medycznego, lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych wyrażone w przepracowanej liczbie godzin w ciągu ostatnich 4 lat i w ciągu ostatnich 5 lat - ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY DLA OFERENTÓW POSIADAJĄCYCH DOŚWIADCZENIE POWYŻEJ 5000 H W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT	
8.	Kserokopie ważnych dokumentów świadectw wymienionych poniżej - ZAŁĄCZNIKI NIEOBOWIĄZKOWE - wymagane kserokopie opisane klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
a	Certyfikat ERC ALS lub równoważny	
b	Certyfikat ERC EPALS lub równoważny	
c	Certyfikat ERC NLS lub równoważny	
d	Certyfikat ERC ETC/ITLS lub równoważny	

9.	Zaświadczenie o zachowanej ciągłości pracy polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespołach ratownictwa medycznego, lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych, dyspozytorni medycznej w ciągu ostatnich 6 miesiącach lub zaświadczenie o przepracowaniu min. 500 h w ostatnich 6 miesiącach ZAŁĄCZNIK NIEOBOWIĄZKOWY	
10	Oświadczenie Oferenta - ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY	

4. Składam następującą deklarację swojej dyspozycyjności, która w miarę potrzeb Zamawiającego będzie egzekwowana. Deklaruję świadczenie liczby godzin pracy na (zaznaczyć właściwe pole znakiem „X”):

poniżej 96 godzin miesięcznie	
97-184 godzin miesięcznie	
powyżej 185 godzin miesięcznie	

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

.....
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 ratownicy medyczni, ratownicy medyczni-kierowcy, pielęgniarki/pielęgniarze systemu, pielęgniarki/pielęgniarze systemu- kierowcy, 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