

FORMULARZ OFERTOWY

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Wieluniu przez ratownika medycznego/pielęgniarkę¹ w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Zespołach wyjazdowych P i S¹

Dane oferenta:

Imię i nazwisko oferenta

.....

Nazwa oferenta zgodnie z danymi rejestrowymi

.....

Adres siedziby firmy:

Ulica i numer:

Kod pocztowy: Miejscowość:

Numer telefonu:

NIP: REGON:

Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres siedziby firmy):

Ulica i numer:

Kod pocztowy: Miejscowość:

1. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych jako:

	Stanowisko (proszę zaznaczyć znakiem X w kolumnie nr 1)	Proponowana przez Oferenta liczba godzin realizacji świadczeń w ciągu 1 miesiąca	Cena Oferowana przez Przyjmującego zamówienie za 1 h (brutto) w zł
1	2	3	4
Ratownicy Medyczni – Zespoły Ratownictwa Medycznego oraz Szpitalny Oddział Ratunkowy			
	Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym		
	Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego w zespołach P i S lub wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego w zespołach P i S oraz wykonywanie usług kierowania pojazdem zespołu lub wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego w zespołach P i S oraz pełnienie funkcji kierownika zespołu podstawowego (wynagrodzenie nie obejmuje dodatku, o którym mowa w art. 99b ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej)		

¹ Niepotrzebne skreślić

1	2	3	4
Pielęgniarki – Szpitalny Oddział Ratunkowy			
	Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym		

Oferent wybiera przedmiot umowy i wypełnia rubryki: 1, 3 i 4 podając planowaną liczbę godzin do realizacji oraz stawkę za 1 godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych.

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

- dokumenty stwierdzające wpis do właściwej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, zezwolenie na wykonywanie praktyki,
- prawo wykonywania zawodu pielęgniarki mającej udzielać świadczeń zdrowotnych,
- obowiązkowa polisa OC
- zaświadczenie lekarza profilaktyka o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku pielęgniarki/ratownika medycznego
- zaświadczenie o odbytym szkoleniu okresowym bhp,
- dyplomu ukończenia szkoły i uzyskania tytułu ratownika medycznego
- wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
- kserokopia prawa jazdy odpowiedniego do rodzaju kategorii
- kserokopia zezwolenia na kierowanie pojazdem specjalnym uprzywilejowanym (minimum posiadanie prawa jazdy kategorii B – 5 lat, prawa jazdy kategorii C1 i wyższej)
- orzeczenie: lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdem uprzywilejowanym oraz psychologiczne o braku przeciwwskazań psychologicznych do kierowania pojazdem uprzywilejowanym
- innych dokumentów potwierdzających posiadanie kursów doskonalących

(jakie?)

.....

.....

.....

.....

3. Oświadczam, że w dniu podpisania umowy nie będę związany inną formą zatrudnienia z Udzielającym zamówienia, w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.

Będąc świadomym konsekwencji wynikającym z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym

data, podpis i pieczęć Oferenta