



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie
81-756 Sopot ul. Bolesława Chrobrego 10

TEL. (58) 555-81-03 lub 555-81-06 / FAX. (58) 555-81-00
REGON 191287660 NIP 585-13-44-104



Załącznik Nr 1

do szczegółowych warunków konkursu ofert o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne w charakterze **ratownik medyczny – kierowca, kierowca**

OFERTA - DANE OFERENTA

Sopot, dnia

.....
/imię i nazwisko/

.....
/adres zamieszkania/

.....
/telefon kontaktowy/

O F E R T A

1. Oświadczam, że jestem gotowy do udzielania świadczeń zdrowotnych w Transporcie medycznym zgodnie z umową z POW NFZ .
2. przy udostępnieniu sprzętu i zapewnieniu warunków socjalnych określonych w warunkach szczegółowych konkursu ofert.
3. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń:

- w ilości godzin w **transporcie medycznym** w każdym miesiącu, w dni powszednie w systemie 10- godz., **od dnia 01.08.2021 r. do dnia 31.12.2023 r.**

Proponuję stawkę: - zł. brutto

(słownie : za jedną godzinę pracy w zespole transportu medycznego)

- w ilości godzin w **Nocnej Wyjazdowej Opiece Zdrowotnej** w każdym miesiącu, w dni powszednie w systemie 14- godz. , dni wolne od pracy w systemie 12 godz. i 24 godz.
– **od dnia 01.08.2021 r. do dnia 31.12.2023 r.**

Proponuję stawkę: - zł. brutto

(słownie: za jedną godz. pracy w zespole Nocnej Wyjazdowej Opiece Zdrowotnej)

Pieczęć firmowa oferenta

.....
data i podpis oferenta

W załączeniu przedkładam



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie
81-756 Sopot ul. Bolesława Chrobrego 10

TEL. (58) 555-81-03 lub 555-81-06 / FAX. (58) 555-81-00
REGON 191287660 NIP 585-13-44-104



Załącznik Nr 1

do szczegółowych warunków konkursu ofert o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne w charakterze **ratownik medyczny – kierowca, kierowca**

Załączniki – (uwierzytelnione kserokopie): Ratownik medyczny –kierowca, kierowca

Lp	Rodzaj dokumentu	Tak	Nie
1.	Przebieg pracy zawodowej (CV) oraz oświadczenie do celów rekrutacji zawierające zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Miejska Stację Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie		
2.	Dyplom ratownika medycznego Nr		
3.	Prawo jazdy kategoria		
4.	kserokopia aktualnego zezwolenia na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym		
5.	wpis do ewidencji działalności gospodarczej CEIDG		
6.	Polisa ubezpieczeniowa okres ubezpieczenia od.....do		
7.	zaświadczenie o co najmniej półrocznym stażu pracy w zawodzie ratownika medycznego oraz/lub o co najmniej rocznym stażu pracy w okresie ostatnich 3 lata w kierowaniu pojazdem uprzywilejowanym		
8.	zaświadczenie o aktualnych badaniach lekarskich potwierdzających brak p/wskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na danym stanowisku wystawione przez lekarza profilaktyka		
9.	Zaświadczenie aktualnego orzeczenia lekarskiego z badania przeprowadzonego przez lekarza profilaktyka do celów sanitarno-epidemiologicznych,		
10.	zaświadczenie o przeszkoleniu w zakresie BHP i P/poż		
11.	Inne posiadane dokumenty dotyczące ukończonych kursów, szkoleń itp.		
12.	Oświadczenie o niekaralności		
13.	Oświadczenie posiadania na koszt własny OC		

.....
data i podpis oferenta



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie
81-756 Sopot ul. Bolesława Chrobrego 10

TEL. (58) 555-81-03 lub 555-81-06 / FAX. (58) 555-81-00
REGON 191287660 NIP 585-13-44-104



Załącznik Nr 1

do szczegółowych warunków konkursu ofert o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne w charakterze **ratownik medyczny – kierowca, kierowca**

Załącznik do oferty

Sopot, dnia

.....
Nazwisko, imię oferenta

.....
Adres zamieszkania

.....
NIP

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem /am/ się i przyjmuję do wiadomości treść ogłoszenia oraz szczegółowych warunków konkursu ofert o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne w charakterze ratownika medycznego – kierowcy i kierowcy w zakresie transportu sanitarnego i nocnej wyjazdowej opieki zdrowotnej na terenie działania Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie.

.....
(data i podpis Oferenta)