**Załącznik nr 1
 do Szczegółowych Warunków**

 **konkursu ofert postępowanie nr 16/2023**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

**przez:**

**ratownika medycznego/pielęgniarkę/pielęgniarza systemu
z uprawnieniami do kierowania pojazdem uprzywilejowanym**

**w
Szpital Lipno Sp. z o.o.**

**ul. Nieszawska 6, 87-600 Lipno**

1. Imię i nazwisko oferenta: …..……………………………………………………………….
2. Nazwa dz. gosp./praktyki: …………………………………………………………………..
3. Adres prowadzenia dz. gosp./praktyki: …………………………………………………….
……………………………………………………………………………………………....
4. Adres zamieszkania: …..………………………………………………….……….………..
5. Nr telefonu: ………………………………, Adres e-mail: ………………………………...
6. Nr PESEL: …………………………………………………………………………………..
7. Nr REGON: ………………………………, Nr NIP: ………………………………………
8. Nr dyplomu: ………………………………, data wydania: ……..………….….……… wykształcenie:………………………………………………………………………………
9. PWZ: ………………………………..., data wydania: …………………………………….
10. Nr w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą OIPiP (jeżeli posiada):
…………………………………………………..…………………………………………..
11. Nazwa ukończonego kursu kwalifikacyjnego:

………………………………………………………………………………………………

1. Data uzyskania kursu kwalifikacyjnego: …………………………………………………..
2. Prawo jazdy nr……………………………., kategorie:…………………………………… data wydania ……………………………...
3. Zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym nr ……………………………..,

w zakresie kategorii prawa jazdy: …………………………………………………………,

data wydania …………………….………, data ważności ……………….………………,

czy oferent odbył kurs na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym **tak/nie**\*,
jeżeli tak proszę o podanie daty ukończenia kursu …………………………….

1. **Propozycja terminu zawarcia umowy: od**…….…..………… **do** ……………………....
2. Propozycja cenowa oferenta za 1h udzielania świadczeń na rzecz Udzielającego zamówienia:

|  |  |
| --- | --- |
| **Cena brutto (w zł)** | **Rodzaj udzielanych świadczeń** |
|   | za 1 godz. udzielania świadczeń i kierowanie ambulansem w Zespołach Ratownictwa Medycznego |
|   | za 1 godz. udzielania świadczeń w Transporcie Sanitarnym  |
|  | za 1 godz. udzielania świadczeń w Izbie Przyjęć |

1. **Propozycja liczby godzin udzielanych świadczeń miesięcznie:**
* minimalna liczba godzin: ................................................................................
* maksymalna liczba godzin:.............................................................................
1. Oświadczenie o stażu pracy w zawodzie – potwierdzone odpowiednimi dokumentami:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Miejsce wykonywania zawodu ratownika med./pielęgniarki** | **lata**  | **miesiące** |
| a. | w pogotowiu ratunkowym w Zespołach Ratownictwa Medycznego |   |   |
| b. | w szpitalnym oddziale ratunkowym |   |   |
| c. | w izbie przyjęć szpitala, oddziale pomocy doraźnej |   |   |
| **Razem staż w zawodzie ratownika med./pielęgniarki:** |   |   |

\* *niepotrzebne skreślić*

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam/zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych, pielęgniarki/pielęgniarzy sytemu, w tym z uprawnieniami do kierowania pojazdem uprzywilejowanym, szczegółowymi warunkami konkursu SWKO oraz wzorem umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Złożone przeze mnie kserokopie dokumentów zgodne są z oryginałami.

……………………………… ……………………………………………..

 data podpis oferenta

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Zgodnie z zapisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych
i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych – RODO ), **wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody**\*
 na przetwarzanie moich danych kontaktowych przez administratora danych, którym jest
Szpital Lipno Sp. z o.o. w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji i komunikacji ze mną. Jednocześnie oświadczam, że poniższe dane przekazuję świadomie i dobrowolnie.

…………………………………………………………

 data i czytelny podpis