

**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:  
.....
12. Data uzyskania kursu kwalifikacyjnego: .....
13. Prawo jazdy nr....., kategorie:.....  
data wydania .....
14. 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 .....

15. Propozycja terminu zawarcia umowy: od..... do .....

16. Propozycja cenowa oferenta za 1h udzielania świadczeń na rzecz Udzielającego zamówienia:

| Cena brutto<br>(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                                            |

17. Propozycja liczby godzin udzielanych świadczeń miesięcznie:

– minimalna liczba godzin: .....

– maksymalna liczba godzin:.....

18. 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