

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:
wyszkolenie:.....
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 (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