

**OFERTA****na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie „Ratownik Medyczny – Zespół Ratownictwa Medycznego”**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęćka oferenta)

**OFERTA****1. DANE OFERENTA:**

PEŁNA NAZWA			
PESEL		NR PWZ	
ADRES ZAMIESZKANIA			
ADRES SIEDZIBY			
TEL. KONTAKTOWY		EMAIL	
NIP		REGON	

**2. PRZEDMIOT OFERTY:**

- 1) Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie „Ratownik Medyczny – Zespół Ratownictwa Medycznego ” Szpitala Puckiego Sp. z o.o. w Pucku, gwarantując dyspozycyjność w ilości \_\_\_\_\_ godzin miesięcznie (wpisać **MINIMALNĄ liczbę godzin**).

- 2) Staż pracy w zawodzie na dzień złożenia oferty, wynosi (odpowiednie zaznaczyć **X**):

od 2 do 5 lat		6-8 lat		9-11 lat		12-15 lat		pow. 15 lat	
------------------	--	---------	--	-------------	--	--------------	--	----------------	--

- 3) Deklaruję, iż podejmę się dyżuru w dniu świątecznym wskazanym w SWK:

DATA:	GODZINY:	

- 4) Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią ogłoszenia w sprawie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych i szczegółowymi warunkami konkursu oraz z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych w procesie postępowania konkursowego.
- 5) Oświadczam, iż akceptuję warunki proponowanych zapisów umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
- 6) Gwarantuję ciągłość świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszeń warunków zawartej umowy.
- 7) Oświadczam, iż posiadam aktualną umowę OC za szkody przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych i zobowiązuję się, w przypadku przyjęcia mojej oferty, do dostarczenia jej kopii najpóźniej w dniu zawarcia umowy.

**OFERTA**

8) Za realizację umowy oczekuję wynagrodzenia:

	brutto za godz.	słownie:
--	--------------------	----------

**3. DODATKOWE PROPOZYCJE ZGŁASZANE PRZEZ OFERENTA:**

.....

.....

.....

.....

**4. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY (odpowiednie załączone zaznaczyć X):**

dypłom	dokumenty potwierdzające ukończenie kursów doskonalących dla ratowników medycznych	Ksero-kopia polisy OC + dowód zapłaty	zaświadczenie lekarskie	zaświadczenie o przeszkoleniu BHP i p.poż	Kserokopia uprawnień do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych i kserokopia prawa jazdy kat. C

.....  
(podpis oferenta)

Szpital Pucki Sp. z o.o.