

.....dn.....

Ratownik

Dyplom nr

Adres (domowy).....

..... tel.

adres e-mail

**DYREKTOR
SP ZOZ w Sejnach**

OFERTA NA PEŁNIENIE DYŻURÓW RATOWNIK MEDYCZNY

1. Zgłaszam chęć podjęcia współpracy w ramach umowy cywilnoprawnej, w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sejnach *jako osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny*, w zakresie ratownictwo medyczne.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia Dyrektora SP ZOZ w Sejnach z dnia 03.10.2019 r. o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju Ratownictwo medyczne w zakresie:
 - udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu ratownictwa medycznego (ratownik medyczny lub ratownik medyczny dodatkowo wykonujący czynności kierowcy karetki pogotowia ratunkowego) w Specjalistycznym Zespole Wyjazdowym Ratownictwa Medycznego,
 - udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu ratownictwa medycznego (ratownik medyczny lub ratownik medyczny dodatkowo wykonujący czynności kierowcy karetki pogotowia ratunkowego) w Podstawowym Zespole Wyjazdowym Ratownictwa Medycznego,
 - udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu ratownictwa medycznego (ratownik medyczny lub ratownik medyczny dodatkowo wykonujący czynności kierowcy karetki pogotowia ratunkowego) w Ambulansie Transportowym SP ZOZ w Sejnach,warunkami zawartymi w specyfikacji oraz wzorem umowy na świadczenie usług zdrowotnych i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści.
3. Zobowiązuję się do zawarcia umowy cywilnoprawnej z Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sejnach na świadczenie usług zdrowotnych w zakresie Ratownictwo Medyczne, jako ratownik medyczny, w okresie 24.10.2019 – 30.09.2021 r.
4. Oświadczam, że do chwili zawarcia umowy z SP ZOZ w Sejnach zawrę umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami, zapewnię ciągłość polisy w trakcie obowiązywania umowy oraz zobowiązuję się niezwłocznie dostarczać kopię nowej polisy. *)
5. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem ofert:
6. Posiadam - letni staż w zawodzie.
7. Deklaruję chęć pełnienia dyżurów miesięcznie.
8. Zobowiązuję się do wykonywania usług z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej.
9. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na to, aby zaoferowana cena podlegała negocjacjom przed zawarciem umowy.
10. Oświadczam, iż zapewniam gotowość do świadczenia usług w wymiarze 200 godzin w każdym miesiącu kalendarzowym.
11. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych jako:
 - ratownik medyczny lub ratownik medyczny dodatkowo wykonujący czynności kierowcy karetki pogotowia ratunkowego w Zespołach Ratownictwa Medycznego „P” i „S” oraz „T” SP ZOZ w Sejnach proponuję stawkę w wysokości złotych za 1 godzinę pracy,
 - Stawka godzinowa za gotowość do świadczenia usług w wysokości złotych za 1 godzinę pozostawania w gotowości**,

12. Warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności:

wynajem od SP ZOZ w Sejnach ^{***)} / inne

^{***)}

.....

Podpis składającego ofertę

Załączniki:

1. Dyplom ratownika medycznego
2. Zaświadczenia ukończonych kursów i specjalizacji
3. Polisa OC
4. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku ratownik medyczny
5. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych
6. Numer konta bankowego

*) dotyczy osób, które dotychczas nie dopełniły tego obowiązku

**) dotyczy gotowości świadczenia usług („pod telefonem”)

***) zakreślić właściwe