……........................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 podmiot wykonujący działalność leczniczą, zdefiniowany w art.5 ust.1 i ust. 2 pkt.1, 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.

1. 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.
2. 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. \*)
3. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem ofert: ...............................................................................................................................................;
4. Posiadam ………. - letni staż w zawodzie.
5. Deklaruję chęć pełnienia ......................... dyżurów miesięcznie.
6. Zobowiązuję się do wykonywania usług z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej.
7. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na to, aby zaoferowana cena podlegała negocjacjom przed zawarciem umowy.
8. Oświadczam, iż zapewniam gotowość do świadczenia usług w wymiarze 200 godzin w każdym miesiącu kalendarzowym.
9. 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\*\*,

1. 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. Zaświadczenie o dokonaniu wpisu do rejestru podmiotów wykonujących dział.leczniczą

4. Zaświadczenie z centralnej ewidencji i inf. o działalności gospodarczej

5. Zaświadczenie o braku przeciwwskazań do pracy na stanowisku ratownik medyczny

6. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

5. Numer Identyfikacji Podatkowej NIP

6. Polisa OC

\*) dotyczy osób, które dotychczas nie dopełniły tego obowiązku

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

\*\*\*) zakreślić właściwe