

.....
(imię i nazwisko oferenta)

.....
(miejscowość i data)

.....
(adres zamieszkania i do korespondencji jeżeli jest inny)

.....
(adres poczty e-mail)

.....
(numer telefonu do kontaktu)

.....
(pieczętka firmowa prowadzonej działalności)

**Pogotowie Ratunkowe
ul. Cieplicka 126A
58-570 Jelenia Góra**

**I. OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNE PRZEZ
PIELEGNIARKE**

Niniejszym składam ofertę na udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w Pogotowiu Ratunkowym w Jeleniej Górze.

1. Propozycja cenowa:

za 1 godz. świadczeń we wszystkie dni miesiąca wg ryczałtowej stawki godz.
bruttozł
słownie:.....zł

**2. Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia opieki zdrowotnej
od dnia.....20..... r. do dnia.....20.....r.**

**3. Deklaruję minimalny czas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej nie mniejszy niż
..... godz. w każdym miesiącu.**

4. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.

**5. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert
Pogotowia Ratunkowego w Jeleniej Górze.**

6. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z wzorem umowy i przyjmuję jej zapisy bez zastrzeżeń.
7. Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
8. Oświadczam, że wykazuje znajomość języka polskiego w stopniu wystarczającym do wykonywania tego zawodu.
9. Do oferty załączam następujące dokumenty:
 - 1./
 - 2./
 - 3/
 - 4./.....
 - 5/
 - 6/
 - 7/.....
 - 8/.....
 - 9/.....
 - 10/.....
10. Załączam potwierdzenie, o którym mowa w § 7 ust. 4 Regulaminu

11. Inne propozycje oferenta:

.....
.....

.....
podpis oferenta

ZAŁĄCZNIKI do oferty (obowiązkowe):

1. Kserokopia zaświadczenia o wpisie do właściwego rejestru.
2. Kserokopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej.
3. Kserokopia numeru REGON.
4. Kserokopia dyplomu.
5. Kserokopia posiadanej specjalizacji w dziedzinie, o której mowa w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym lub potwierdzenie rozpoczęcia specjalizacji.

6. Kserokopia prawa wykonywania zawodu.
7. Kserokopia posiadanych kursów kwalifikacyjnych i szkoleń.
8. Kserokopia dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia o odpowiedzialności cywilnej.
9. Zaświadczenie lekarskie wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy w zespole wyjazdowym.
10. Zaświadczenie o posiadaniu aktualnego szczepienia WZW typu B.