

.....
(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 ZDROWOTNEJ PRZEZ
RATOWNIKA MEDYCZNEGO**

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 przejmuje 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 wpisu do ewidencji działalności gospodarczej.
2. Kserokopia numeru REGON.
3. Kserokopia dyplomu.
4. Kserokopie posiadanych kursów kwalifikacyjnych i szkoleń.

5. Kserokopia dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
6. Zaświadczenie lekarskie wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy w zespole wyjazdowym.
7. Zaświadczenie o posiadaniu aktualnego szczepienia WZW typu B.