- Załącznik nr 2 –

...............................................

(miejscowość, data)

Pieczęć Oferenta:

Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka

w Raciborzu

ul. Gamowska 3

47 – 400 Racibórz

**O F E R T A**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

**przez ratownika medycznego w zakresie ratownictwa medycznego w komórkach organizacyjnych Szpitala Rejonowego w Raciborzu**

1. **Dane Oferenta**
2. Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą

....................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Imię ..…………………………………………………………………………………………………………………………..
2. Nazwisko ..........................................................................................................................
3. PESEL ...............................................................................................................................
4. Nr prawa wykonywania zawodu ......................................................................................
5. NIP...............................................................REGON.........................................................
6. Adres zamieszkania ……………............................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania) ……………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Tel. Kontaktowy ...............................................................................................................
2. **Kwalifikacje zawodowe Oferenta**

* Tytuł zawodowy magistra w zakresie Ratownictwa Medycznego/Medycyny Ratunkowej
* Tytuł zawodowy licencjata w zakresie Ratownictwa Medycznego/Medycyny Ratunkowej
* Kwalifikacje w zawodzie ratownik medyczny

1. **Doświadczenie w pracy / udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym procedurą konkursową:**

* 1 – 5 lat
* 6 – 10 lat
* powyżej 10 lat

1. **Proponowana stawka za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:** ……….…………

…………………………………………………………………………………………………………………………………..….…

1. **Proponowana minimalna liczba godzin udzielania świadczeń miesięcznie na rzecz Udzielającego zamówienie**: ……………………………………………………………………………………………
2. **Oświadczenie oferenta**

Oświadczam, że zapoznałem się z przedmiotem postępowania o udzielanie określonych świadczeń opieki zdrowotnej, treścią ogłoszenia o konkursie, kryteriami oceny ofert, warunkami wymaganymi od świadczeniodawców oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.

………………………………………...… ………….………………………………………

(data złożenia oświadczenia) (pieczęć i czytelny podpis oferenta)

**WSZYSTKIE SKŁADANE W OFERCIE ZAŁĄCZNIKI WINNY BYĆ POTWIERDZONYMI ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM KOPIAMI WYMAGANYCH DOKUMENTÓW**

Załączniki:

1. kopia wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
2. wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczpospolitej Polskiej lub aktualne zaświadczenie o wpisie do KRS
3. kopie dokumentów (dyplom ukończenia szkoły/uczelni medycznej, prawo wykonywania zawodu, posiadanych specjalizacji)
4. kserokopia polisy OC lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy
5. zaświadczenia z przeszkolenia w zakresie bhp i ppoż
6. kopia skierowania na badania lekarskie (wstępne, okresowe, kontrolne)
7. oświadczenia