

Słupsk, dnia.....

OFERTA

Niniejszym nawiązując do konkursu ofert na świadczenie usług medycznych na terenie działania Stacji Pogotowia Ratunkowego w Słupsku w ramach dyżurów od poniedziałku do niedzieli oraz w święta w zapisanych w harmonogramie dniach i godzinach, ja niżej podpisany/a:

Dane oferenta:

Nazwa (zgodnie z CEIDG lub KRS)

Adres siedziby firmy

NIP

REGON

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

Numer telefonu

Adres poczty e-mail.....

1. Składam ofertę w zakresie:
udzielania świadczeń zdrowotnych w charakterze: *

- ratownika medycznego,
- pielęgniarki systemu,
- pielęgniarza systemu,
- kierowcy ZRM

w zespołach specjalistycznych S, podstawowych P i transportowych na terenie działania Stacji Pogotowia Ratunkowego w Słupsku przy udostępnieniu sprzętu i zapewnieniu warunków socjalnych określonych w warunkach umowy kontrakt za stawkę:

za jedną godzinę pracy w zespołach specjalistycznych S, podstawowych P i transportowych, we

wszystkie dni tygodnia oraz święta..... zł/godz. (brutto)

słownie:zł (brutto)

2. Podstawowa stawka godzinowa nie obejmuje dodatku dla członków ZRM pracujących w zespołach specjalistycznych S, podstawowych P (nie dotyczy transportu), tj. wzrostu wynagrodzenia w związku z Art. 99b Ustawy o Działalności Leczniczej Dz. U. z dnia 24 maja 2023 Poz. 991z późn. zm. , która **wynosi 30% stawki godzinowej.**
3. Oferuję zawarcie umowy w okresie **od dnia 01 czerwca 2025 r. do dnia 31 sierpnia 2025 r**

* niepotrzebne skreślić

4. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń medycznych objętych niniejszym konkursem w ilości: nie mniej niż 12 godzin i nie więcej niż 240 godzin miesięcznie od poniedziałku do niedzieli oraz dni świąteczne.
5. **Deklaruję gotowość do podjęcia dyżurów w ilości godzin w stosunku miesiąca.**
6. Posiadam doświadczenie zawodowe oraz spełniam wymagania określone w szczegółowych warunkach przeprowadzania konkursu ofert na udzielanie świadczeń medycznych w Stacji Pogotowia Ratunkowego w Słupsku z dnia 30 kwietnia 2025 r.

Doświadczenie zawodowe:

L.p.	Rodzaj wykonywanych świadczeń medycznych	daty i miejsca (podmioty lecznicze) na rzecz których świadczenia były wykonywane

4. Posiadam dyplom ratownika medycznego, pielęgniarki/pielęgniarza systemu*
nr..... data wydania wydany przez
.....
5. Posiadam prawo jazdy z uwzględnieniem KAT „C” *
Seria..... nr..... data wydania wydane przez
.....
wraz z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu konkursu ofert w nin. postępowaniu (zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.).

.....
(podpis oferenta)

* niepotrzebne skreślić