

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ
RATOWNIKA MEDYCZNEGO
W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM
ZESPOŁU ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ
W OSTROWIE WIELKOPOLSKIM**

1. Oświadczam, że składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez RATOWNIKA MEDYCZNEGO w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim.

2. Imię i Nazwisko

3. NIP

4. Adres zameldowania

5. Staż pracy w zawodzie ratownika medycznego

6. Cena za godzinę udzielania świadczeń..... brutto

7. Oferowana maksymalna miesięczna ilość godzin udzielania świadczeń.....

8. Oferowana minimalna miesięczna ilość godzin udzielania świadczeń

9. Oświadczam, że na dzień zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przedłożę dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje, czyli:

- dyplom ukończenia szkoły,

- inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe,

- wydruk z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej albo zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,

- zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza medycyny pracy

- polisa OC.

Kopie załączonych dokumentów muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”,
i podpisane przez Oferenta.

.....
(podpis)