



Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
PRZEZ DYSPOZYTORA MEDYCZNEGO

Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego z siedzibą w Olsztynie, ul. Pstrowskiego 28 b 10-602 Olsztyn, wpisana do Rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy w Olsztynie VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000021823, NIP: 739-29-72-605, REGON 511332933

DANE O OFERENCIE:

Nazwisko i Imię

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL.....

Adres zamieszkania z kodem pocztowym.....

Droga informowania oferenta o przebiegu konkursu:

e-mail:.....

tel. kom.....

tel. domowy.....

adres do korespondencji:.....

Oświadczam iż spełniam warunki udziału w postępowaniu konkursowym

- a) posiadam pełną zdolność do czynności prawnych;
- b) posiadam wykształcenie wymagane dla lekarza systemu, pielęgniarki systemu lub ratownika Medycznego*

c) przez okres **co najmniej 5 lat** byłem/łam zatrudniona przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pogotowiu ratunkowym, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub w izbie przyjęć szpitala*

***niewłaściwe skreślić**

Ilość lat w zawodzie medycznym:

- a) dyspozytora medycznego.....
- b) ratownika medycznego.....
- c) pielęgniarki systemu.....
- d) lekarza systemu.....

Dodatkowe miejsce zatrudnienia/podać formę zatrudnienia i nazwę zakładu oraz miesięczną liczbę godzin udzielanych tam świadczeń



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

Oferuję:

- a) udzielanie świadczeń zdrowotnych jako Dyspozytor medyczny
- b) zryczałtowaną stawkę za 1 godzinę dyżuru w Dyspozytorni medycznej zł
- c) następującą ilość godzin w miesiącu do podjęcia dyżurów w Dyspozytorni medycznej

Załączam następujące dokumenty (kserokopie)- n niewłaściwe skreślić:

- 1) dyplom szkoły średniej w zawodzie: pielęgniarki,
- 2) dyplom szkoły policealnej w zawodzie ratownika Medycznego,
- 3) dyplom studiów wyższych w zawodzie:
 - a)pielęgniarki,
 - b)ratownika medycznego,
 - c)lekarza
- 4) prawo wykonywania zawodu pielęgniarki
- 5) prawo wykonywania zawodu lekarza
- 6) książeczka doskonalenia zawodowego na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2007r. w sprawie doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych)
- 7) dyplom odbytej specjalizacji dla lekarza systemu/pielęgniarki systemu
- 8) karta szkolenia specjalizacyjnego lub zaświadczenie dla lekarza systemu/pielęgniarki systemu
- 9) certyfikaty, zaświadczenia, dyplomy z ukończonych kursów kwalifikacyjne
- 10) certyfikaty, dyplomy, zaświadczenia o ukończonych szkoleniach medycznych
- 11) certyfikat ukończenia nauki języka obcego:.....
- 12) zaświadczenie o odbyciu wolontariatu w dyspozytorni medycznej
- 13) nazwa banku i numer konta

Oświadczam:

- 1) iż zapoznawałem/łam się z treścią ogłoszenia konkursu ofert;
- 2) iż zapoznawałem/łam się z Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Olsztynie oraz Specyfikacją warunków opracowania oferty
- 3) iż przyjmuję warunki umowy, (projekty umowy w niniejszej SKO)
- 4) iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych;
- 5) iż nie jestem osobą karaną;
- 6) oświadczam, iż posiadam wiedzę i umiejętności do realizacji zamówienia oraz udzielaniu świadczeń medycznych w sposób rzetelny oraz zgodny z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz należyłą starannością;
- 7) iż spełniam wymagania zdrowotnych, określonych we właściwych przepisach;



- 8) iż zawrę umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne dostarczenia jej najpóźniej w dniu podpisania umowy oraz terminowego dokumentowania, wobec Udzielającego zamówienia, spełnienia powyższego obowiązku,
- 9) iż złożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałem,
- 10) zobowiązuję się posiadać przy sobie w czasie wykonywania zlecenia czynny telefon komórkowy o znanym numerze dla Udzielającego zamówienie i wyraża zgodę na używanie go jako medium do przekazywania informacji przez Udzielającego zamówienia;
- 11) iż samodzielnie rozliczać się będę z Urzędem Skarbowym oraz Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
- 12) Zobowiązuję się do nieprzekraczania miesięcznie 300 godzin pracy u wszystkich pracodawców bez względu na charakter zatrudnienia oraz rodzaj łączącej strony umowy.

Data.....

Podpis oferenta.....

