

FORMULARZ OFERTOWY

Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.

1. Dane do oferty:

Imię i Nazwisko lub nazwa firmy* oraz adres					
PESEL		NIP		REGON	
Nr prawa wykonywania zawodu/nr dyplomu					
Nazwa Banku, numer konta					
Telefon kontaktowy					
Adres poczty elektronicznej					

2. Oferuje udzielanie świadczeń zdrowotnych jako (właściwe zaznaczyć znakiem X)

Ratownik medyczny /pielęgniarka systemu w ZRM typu P	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
Ratownik medyczny/pielęgniarka systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

3. Proponuję stawkę za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych (w pełnych złotych):

	za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego /pielęgniarkę systemu koordynatora ZRM typu P
	za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych przez kierowcę ZRM ratownika medycznego /pielęgniarkę systemu

4. Zobowiązuję się do wykonywania min. ilości godzin w każdym miesiącu.

5. Oferta z załącznikami zawiera łącznie ponumerowanych stron.

.....
Miejscowość, data sporządzenia oferty

.....
podpis oferenta

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów przeprowadzanego postępowania zgodnie z art. 23,24,25 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 ze zm.)

.....
podpis oferenta

* Wykaz osób wraz z posiadanymi kwalifikacjami, które będą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej.