

ARKUSZ OFERTOWY
ratownik medyczny/ ratownik medyczny - kierowca

Dane o ofercie:

Nazwisko i imię

Nazwa i siedziba prowadzonej działalności.....

Nr wpisu do właściwego rejestru działalności gospodarczej.....

Adres do korespondencji o ile nie pokrywa się z adresem działalności.....

Numery NIP..... REGON..... PESEL.....

Nr rejestr. Indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej/pielęgniarskiej.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Posiadane specjalizacje.....

Posiadane kursy kwalifikacyjne.....

staż pracy w zawodzie adres zamieszkania

Proponowany czas trwania umowy.....**Proponowaną kwotę należności za realizację zamówienia, z ewentualną kalkulacją.****ratownik medyczny**

- | | | |
|--|-------|----------|
| 1) udzielający świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego pełniący funkcję kierownika zespołu | | zł/godz. |
| 2) udzielający świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego jako członkowie zespołu ratownictwa medycznego | | zł/godz. |
| 3) udzielający świadczeń zdrowotnych w zespole transportu medycznego | | |
| a) w zespołach dwuosobowych | | zł/godz. |
| b) w zespołach trzyosobowych | | zł/godz. |

ratownik medyczny-kierowca

- | | | |
|--|-------|----------|
| 4) udzielający świadczeń zdrowotnych w zespole dwuosobowym ratownictwa medycznego | | zł/godz. |
| 5) udzielający świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego jako członkowie zespołu ratownictwa medycznego | | zł/godz. |
| 6) udzielający świadczeń zdrowotnych w zespole transportu medycznego | | |
| c) w zespołach dwuosobowych | | zł/godz. |
| d) w zespołach trzyosobowych | | zł/godz. |

..... **podać liczbę godzin świadczonych usług w miesiącu**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska, oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego, komórkowego wyłącznie do celów realizacji umowy.

.....
pieczętka.....
podpis