

.....
(miejscowość, data).....
(pieczęćka oferenta)**OFERTA****na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Ratownik Medyczny – Kierowca ZRM**

1. DANE OFERENTA:

- 1) Pełna nazwa Oferenta:
-
- 2) Adres **zamieszkania oferenta**:
- 3) Adres **siedziby oferenta**:
- 4) tel. e-mail
- 5) NIP PESEL: REGON

2. PRZEDMIOT OFERTY:

- 1) Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **ratownik medyczny kierowca ZRM 115 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SPZOZ w Helu**.
- 2) Doświadczenie w prowadzeniu pojazdów uprzywilejowanych na dzień złożenia oferty, wynosi (odpowiednie zaznaczyć):
- a) do 2 lat,
b) 3-5 lat,
c) 6-10 lat,
d) pow. 10 lat.
- 3) Posiadam (odpowiednie zaznaczyć):
- a) wykształcenie średnie medyczne,
wykształcenie wyższe medyczne (odpowiednie zaznaczyć): licencjat magister
- b) prawo jazdy kategorii : „B”, od kiedy..... „C”, od kiedy.....
- c) **ważne uprawnienia do kierowania uprzywilejowanymi**, od kiedy..... ważne do.....
- 4) Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią ogłoszenia w sprawie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz akceptuję warunki postępowania konkursowego, Regulaminu oraz SWKO.
- 5) Oświadczam, iż akceptuję warunki umów zaproponowane przez ogłaszającego konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
- 6) Gwarantuję ciągłość świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszeń warunków zawartej umowy.
- 7) Oświadczam, iż posiadam aktualną umowę OC za szkody przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych i zobowiązuję się, w przypadku przyjęcia mojej oferty, do dostarczenia jej kopii najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
- 8) Za realizację umowy oczekuję wynagrodzenia:
-brutto / za godzinę dyżuru.

3. DODATKOWE PROPOZYCJE ZGŁASZANE PRZEZ OFERENTA:

-
1. Preferowana forma umowy¹:
- a. Umowa kontraktowa
b. Umowa zlecenie

UWAGA : W przypadku wyboru umowy zlecenia należy do oferty dołączyć wypełniony i podpisany Formularz Zgłoszeniowy, który znajduje się w ogłoszeniu na stronie szpitala : www.szpitalhel.pl

4. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) Dyplom ukończenia szkoły/ studiów
2) Kserokopia prawa jazdy (świadectwo kwalifikacji i ;lub badania psychologiczne)
3) kserokopia polisy OC,
4) zaświadczenie lekarskie,
5) zaświadczenie o przeszkoleniu BHP,
6) kserokopia karty doskonalenia zawodowego,
7) zaświadczenie o wpisie do rejestru działalności gospodarczej (CEIDG),
8) zaświadczenie o niekaralności,
9) oświadczenie o zamieszkiwaniu w innych państwach (w przypadku zamieszkiwania w innych państwach należy dostarczyć zaświadczenie o niekaralności z tego kraju. Jeżeli taki kraj nie wystawia takich zaświadczeń wówczas należy złożyć oświadczenie o niekaralności.)

¹ Właściwe zaznaczyć

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dostarczonych przeze mnie dokumentach aplikacyjnych przez 115 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Helu, ul. Boczna 10, 84-150 Hel, w celu realizacji procesu postępowania konkursowego”.

.....
(podpis oferenta)

Informacja dot. przetwarzania danych osobowych

1. Niniejszym informuję, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest 115 Szpitala Wojskowego z Przychodnią Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Helu przy ul. Bocznej 10, 84-150 Hel;
- Pańskie/Pani dane przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z 27 kwietnia 2016 r., dalej RODO, w celu realizacji procesu rekrutacji;
- Szpital nie udostępnia ani nie przekazuje Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w czasie niezbędnym do zrealizowania celu, maksymalnie przez okres 3 lata;
- przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do swoich danych, ich poprawiania, sprostowania, usunięcia (w zakresie wskazanym przez RODO), ograniczenia przetwarzania, przeniesienia oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu przetwarzaniu, w tym profilowaniu;
- podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanego celu.