**Załącznik nr 5**

 **Proponowana kwota należności za dyżury stacjonarne- karetka transportowa i karetka zespoły wyjazdowe ratownictwa medycznego**

 **1.dyżur ratownika medycznego**

 **2.dyżur ratownika medycznego +kierowca**

 **3.dyżur pielęgniarki systemu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Dyżur ratownika medycznego** | **Dyżur ratownik+ kierowca** | **Dyżur****Pielęgniarka systemu** |
|  | Stawka za jedna godzinę pracy | Stawka za jedna godzinę pracy | Stawka za jedna godzinę pracy |
| **Karetka****transportowa** |  |  |  |
| **Karetka**zespoływyjazdoweratownictwa medycznego |  |  |  |
|  |  |  |  |

1.Oferujemy termin płatności do 14 dni, od dnia przekazania rachunku do Udzielającego

 Zamówienie za miesiąc poprzedni.

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

 Miejscowość, data podpis oferenta

Załączniki:

1/ zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego

2/ wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność

3/ nadanie numeru NIP

4/ dyplom ratownika medycznego/pielęgniarki, prawo wykonywania zawodu, specjalizacja

5/ polisa ubezpieczeniowa OC

6/ lista osób świadczących usługi (łącznie z dokumentami poświadczającymi kwalifikacje/

7.Prawo jazdy + uprawnienia do kierowania pojazdem uprzywilejowanym

8.Wymagany udokumentowany staż pracy w zespołach ratownictwa medycznego /minimum 2 lata/

9.Zaświaczenie od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań wykonywania pracy .

10.aktualne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego w zakresie bhp adekwatnego dla swojej

 grupy zawodowej, którą reprezentuje i której charakter pracy wiąże się z narażeniem na czynniki

 szkodliwe dla zdrowia, uciążliwe lub niebezpieczne albo z odpowiedzialnością w zakresie bhp.

\* *niepotrzebne skreślić*