**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 ratunkowej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **dyżur ratownika medycznego** | **dyżur ratownik + kierowca** | **dyżur****pielęgniarki ratunkowej** |
|  | Stawka za jedna godzinę pracy | Stawka za jedna godzinę pracy | Stawka za jedna godzinę pracy |
| **Karetka****transportowa** |  |  |  |
| **Karetka Zespoły wyjazdowe ratownictwa medycznego** |  |  |  |

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 REGON.
4. Nadanie numeru NIP.
5. Dyplom ratownika medycznego/pielęgniarki, prawo wykonywania zawodu, specjalizacja.
6. Polisa ubezpieczeniowa OC.
7. Lista osób świadczących usługi (łącznie z dokumentami poświadczającymi kwalifikacje).
8. Prawo jazdy oraz uprawnienia do kierowania pojazdem uprzywilejowanym.
9. Wymagany udokumentowany staż pracy w zespołach ratownictwa medycznego /minimum 2 lata/
10. Zaświadczenie wydane przez lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań wykonywania pracy ratownika medycznego/pielęgniarki ratunkowej.
11. 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*