OFERTA KONKURSOWA

NA ŚWIADCZENIE USŁUG RATOWNIK MEDYCZNY KIEROWCA

W ZAKRESIE TRANSPORTU SANITARNEGO

w SZPITALU POWIATOWYM im. prof. Romana Drewsa w CHODZIEŻY

1. Oświadczam, że zapoznałem (-am) się z treścią ogłoszenia i specyfikacją konkursową.

2. OFERENT:

Imię i nazwisko ….................................................................................................

Adres:...................................................................................................................

Oznaczenie podmiotu gospodarczego (nazwa oferenta) ........................................................................................................................................................................................................................................................

3. Oświadczam, że będę udzielać świadczeń medycznych w Szpitalu Powiatowym   
w Chodzieży.

4. Kwalifikacje zawodowe – dokumenty w załączeniu do oferty.

Liczba osób biorących udział w zamówieniu : osobiście ( jedna)

5. Propozycje cenowe za udzielanie świadczeń medycznych:

…………….. godzin/ miesięcznie ……………………… zł/ miesięcznie

6. Czas trwania umowy :

od 1 stycznia 2025 do 31 grudnia 2025

7. Załączniki:

1) Oferta Konkursowa

2) Ksero dyplomu

3) Ksero zaświadczenia o prowadzonej działalności gospodarczej

4) Kserokopie odbytych szkoleń, kursów, specjalizacji

5) Ksero polisy o.c.

6) Prawo jazdy dla pojazdów uprzywilejowanych

7) Badania psychotechniczne

………………………………………………………….

Podpis oferenta