Załącznik nr 3

FORMULARZ CENOWY
dla ratowników medycznych, ratowników medycznych – kierowców k/m (kobieta/mężczyzna, dalej zwanych jako „k/m”)

DANE OFERENTA:

1. Imię i nazwisko/ Nazwa firmy: .....

   ……

2. Adres działalności gospodarczej:.....

   ……

3. Regon: ..... NIP: .....

4. Nr telefonu: ……... e- mail: ……

Po zapoznaniu się z ogłoszeniem i warunkami konkursu zgłaszam swoją ofertę na samodzielne wykonywanie świadczeń zdrowotnych realizowanych na podstawie umowy cywilnoprawnej.

Proponowany okres obowiązywania umowy od 01.07.2026 r. do 30.06.2031 r.

OFERTA CENOWA

Lp.		**Oferowana cena za 1 godzinę udzielania świadczeń:**
1.	Udzielanie świadczeń jako ratownik medyczny/ ratownik medyczny-kierowca ZRM "P"	
2.	Udzielanie świadczeń jako ratownik medyczny w szpitalnym oddziale ratunkowym (poniżej 80 godzin miesięcznie)	
3.	Udzielanie świadczeń jako ratownik medyczny w szpitalnym oddziale ratunkowym (powyżej 80 godzin miesięcznie)	
4.	Udzielanie świadczeń jako ratownik medyczny/ ratownik medyczny-kierowca w zespołach transportowych	
5.	Udzielanie świadczeń jako ratownik medyczny/ ratownik medyczny-kierowca przy zabezpieczaniu imprez masowych	
6..	Dodatek za każdą godzinę udzielania świadczeń jako ratownik medyczny/ratownik medyczny-kierowca w Zespołach Ratownictwa Medycznego funkcjonujących na podstawie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym przysługuje dodatek wyjazdowy 30 % od stawki godzinowej.	

Deklarowana minimalna liczba godzin przepracowana w ciągu miesiąca (zaznaczyć właściwe):

- ☐ < 80 godzin
- ☐ 80 – 160 godzin
- ☐ ≥ 160 godzin

2. Dotychczasowy okres zatrudnienia (zaznaczyć właściwe):

- ☐ do 3 miesięcy
- ☐ od 3-18 miesięcy
- ☐ od 18-36 miesięcy
- ☐ > powyżej 36 miesięcy

……..…… ….…….

(miejscowość i data) (podpis i pieczęć oferenta)