

.....
 (imię i nazwisko oferenta)

.....
 (adres oferenta)

Oświadczenie

Oświadczam, że do dnia podpisania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Pogotowiu Ratunkowym w Legnicy dostarczę aktualne dokumenty wskazane poniżej

		TAK	NIE DOTYCZY
1	dypłom/dokument poświadczającego prawo do wykonywania zawodu oraz posiadane kwalifikacje		
2	dokument poświadczającego prowadzenie działalności gospodarczej lub oświadczenie na cele podatkowe do umowy zlecenia		
3	dokument potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (na minimalną sumę gwarancyjną OC, która wynosi 30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC.		
4	Zaświadczenie lekarskie wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, na które Oferent składa ofertę.		
5	Zaświadczenie dotyczące przeszkolenia z zakresu BHP z uwzględnieniem stanowiska, na które Oferent składa ofertę.		
6	Informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV KK, w art. 189a i art. 207 KK oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione w przepisach prawa obcego.		
7	Oświadczenie o zamieszkiwaniu w państwach w innych niż Rzeczpospolita Polska		
8	Prawo jazdy ¹⁾ (polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej z tytułu możliwego uszkodzenia kierowanego przez siebie pojazdu oraz sprzętu znajdującego się w tym pojeździe na kwotę co najmniej 15000 zł)		
9	Zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym w ruchu ¹⁾		
10	dokument lub oświadczenie, w którym jest zapis potwierdzający wykonanie szczepień przeciwko WZW typ B,		
11	Inne..... Oświadczenie o zobowiązaniu się do ukończenia kursu w zakresie postępowania z osobami u stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wskazane w ustawie o PRM – pielęgniarka, pielęgniarz		
	Karta doskonalenia zawodowego ratownik medyczny Karta doskonalenia zawodowego dyspozytora medycznego		

- zaznaczyć odpowiednie

Legnica, dn

.....
 (podpis Oferenta)