

Dział Służby Pracowniczej Stacji Ratownictwa Medycznego w Chełmie SP ZOZ zaświadcza, że posiada następujące kopie dokumentów, niezbędnych do złożenia oferty na zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **ratownika medycznego**

Pani/Pan

| | TAK | NIE |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Kserokopia zaświadczenia o wpisie do rejestru ewidencji działalności gospodarczej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Kserokopia dyplomu ratownika medycznego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Kserokopia dyplomu ukończenia studiów wyższych w zakresie ratownictwa medycznego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Kserokopia certyfikatu ALS/ACLS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Kserokopia certyfikatu ITLS/PHTLS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Zaświadczenie lekarskie potwierdzające zdolność do wykonywania pracy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. badania lekarskie wymagane od osób uprawnionych do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych (w tym zaświadczenie od lekarza psychologa oraz od lekarza uprawnionego do badań osób kierujących pojazdami, potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Aktualne zaświadczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych luba aktualną kserokopię książeczki zdrowia do celów sanitarno-epidemiologicznych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Kserokopia dyplomów za udział w Mistrzostwach Ratownictwa Medycznego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Kserokopia prawa jazdy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Kserokopia zezwolenia na prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Kserokopia dokumentów potwierdzających staż zawodowy (pracy lub wykonywania usług) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Polisa ubezpieczenia OC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Kserokopia aktualnej książeczki doskonalenia zawodowego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Udokumentowany wpis w książeczce za ostatni obowiązujący okres rozliczeniowy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

.....
(data)

.....
(podpis pracownika Działu Służby Pracowniczej)