

Aplikujesz na stanowisko: Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez: ratownika medycznego / ratowniczkę medyczną lub pielęgniarza systemu / pielęgniarkę systemu na członka, kierownika, kierowcę zespołu ratownictwa medycznego.

Do firmy: Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach



Powitanie

Witamy serdecznie!

Bardzo dziękujemy za zainteresowanie naszą ofertą.

W celu złożenia dokumentów aplikacyjnych, należy wypełnić formularz ofertowy. W trakcie wypełniania formularza, system poprosi o załączenie stosownych oświadczeń i dokumentów potwierdzających kompetencje.

W przypadku pytań, które wymagają dodania pliku do formularza ofertowego (można dołączyć tylko jeden plik), prosimy o zeskanowanie wszystkich stron do jednego pliku np. w formacie PDF, World itp. Nie ma możliwości dołączenia kilku skanów jako kolejnych załączników. Załączniki do oferty dostępne są na stronie BIP.

Dane personalne

Imię:*

Nazwisko:*

E-mail:*

Numer telefonu: *

PESEL*

Data urodzenia*

Miejsce urodzenia*

Dane kontaktowe

Ulica:*

Nr domu/nr mieszkania:*

Miasto:*

Kod pocztowy:*

Kraj:*

Region/województwo:*

wybierz

wybierz

Adres działalności gospodarczej:*

Adres (do korespondencji) lub j.w.:*

NIP:*

REGON:*

Wymagania

Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji
Działalności Gospodarczej*

Browse...

Orzeczenie lekarskie*

Browse...

Kserokopia polisy ubezpieczeniowej*

Browse...

ZAŚWIADCZENIE O NIEKARALNOŚCI Z KRK*

Browse...

Zezwolenie do prowadzenia pojazdów
uprzywilejowanych

Browse...

Kategoria uprawnień do prowadzenia pojazdów
uprzywilejowanych

Data ważności uprawnień do prowadzenia pojazdów
uprzywilejowanych od - do

Decyzja uprawniająca do prowadzenia pojazdów
uprzywilejowanych

Browse...

Prawo jazdy

Browse...

Kategoria prawa jazdy

Data ważności prawa jazdy od - do

Karta ustawicznego rozwoju ratownika medycznego

*

Browse...

KSIĘGA REJESTROWA

Browse...

NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ

Ukończone kursy certyfikowane ALS/ACLS;
EPLS/PLS; ITLS/PHTLS; NSL

Browse...

Plik CV

Plik CV:*

Browse...

Kwalifikacje zawodowe (wykształcenie potwierdzone dokumentami)

Wyższe medyczne:

Browse...

Policealna Szkoła Medyczna:

Browse...

Numer Dyplomu *



Data uzyskania dyplomu*



PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU

Browse...

NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU



DATA UZYSKANIA PRAWA WYKONYWANIA
ZAWODU



SPECJALIZACJA

Browse...

NUMER SPECJALIZACJI



DATA UZYSKANIA SPECJALIZACJI



Doświadczenie zawodowe (potwierdzone dokumentami)

Doświadczenie zawodowe w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, lub podmiotach udzielających świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne: *

wybierz



Udokumentowanie doświadczenia zawodowego

Browse...

Cena świadczenia zdrowotnego (cena 1 godziny)

Za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:*

Łączna miesięczna deklarowana liczba godzin
wynosi*

Oświadczenia i zobowiązania do oferty (wszystkie załączniki do pobrania na stronie BIP)

ZAŁĄCZNIK NUMER 5 OŚWIADCZENIE .*

Browse...

ZAŁĄCZNIK NUMER 6 OŚWIADCZENIE Certyfikat e
ZLA (ZUS) *

Browse...