



**Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
w Zielonej Górze**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy o specjalizacji z ratownictwa medycznego lub w trakcie specjalizacji z ratownictwa medycznego w Zespołach Ratownictwa Medycznego Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego SP ZOZ w Zielonej Górze w okresie od dnia 01.03.2018 roku do dnia 31.12.2018 roku.

Imię i Nazwisko:.....

PESEL: .....

Adres zamieszkania:.....

Adres korespondencyjny:.....

Nr prawa wykonywania zawodu:.....

Telefon kontaktowy/Adres e-mail:.....

Pełna, dokładna nazwa praktyki lekarskiej:.....

Nr rejestracyjny w Izbie Lekarskiej/Nazwa Izby Lekarskiej:.....

Nr Regon:.....

**Lekarz systemu zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym**

Kwalifikacje zawodowe:

1. Lekarz posiadający tytuł specjalisty medycyny ratunkowej lub w trakcie specjalizacji z medycyny ratunkowej.

## OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że jestem gotowy/a do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku lekarza w WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze.
2. Zobowiązuję się do świadczenia usług w ilości godzin .....  
(słownie:.....) w każdym miesiącu kalendarzowym,  
w tym również w soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy w ilości godzin  
..... (słownie:.....) w każdym miesiącu kalendarzowym.
3. Proponuję stawkę za jedną godzinę pracy:  
- od poniedziałku 7:00 do soboty 7:00 w wysokości .....  
(słownie:.....) PLN (brutto),  
- od soboty 7:00 do poniedziałku 7:00 w wysokości .....  
(słownie:.....) PLN (brutto),
4. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia oraz warunków konkursu.
5. Oświadczam, że przesłane kopie dokumentów są zgodne z ważnym, aktualnym oryginałem.
6. Oświadczam, że nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich.
7. Oświadczam, że nie jestem ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu.
8. Oświadczam, że nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.
9. Świadomy/a odpowiedzialności karnej potwierdzam prawidłowość podanych danych.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis, pieczęć  
(lekarza lub osoby upoważnionej  
do reprezentowania podmiotu)