

# FORMULARZ OFERTOWY

## Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy pediatrów w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na okres od 01.12.2017r. do 28.02.2018r.

### 1. Dane przyjmującego zamówienie

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Adres korespondencyjny .....

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

Nr prawa wykonywania zawodu .....

Pełna dokładna nazwa praktyki lekarskiej .....

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

REGON.....

### 2. Zakres świadczeń oraz oferta cenowa

Zgłaszam ofertę na realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie: Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Zielonej Górze.

Deklaruję miesięczną ilość dyżurów zwykłych ..... weekendowych .....

Za udzielanie świadczeń w dni zwykłe (od poniedziałku do czwartku w godz. od 18.00 do 8.00 oraz piątek od 18.00 do 7.00) proponuję stawkę w wysokości ..... zł/1h brutto

Za udzielanie świadczeń w weekendy (od soboty godz. 7.00 do poniedziałku godz. 8.00) proponuję stawkę w wysokości ..... zł/1h brutto

Świadczenia będę pełnił w ramach umowy / proszę zaznaczyć właściwe/

kontraktowej

zlecenie /bez konieczności odprowadzenia składek ZUS/

zlecenie /z koniecznością odprowadzenia składek ZUS/

### 3. Oświadczenia

Oświadczam, że jestem gotowy/a do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku lekarza w WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz warunków konkursu i nie wnoszę zastrzeżeń.

Oświadczam, że przesłane kopie dokumentów są zgodne z ważnym, aktualnym oryginałem.

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 dentystry lub przepisów o izbach lekarskich.

Oświadczam, że nie jestem ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu.

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.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej potwierdzam prawidłowość podanych danych.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SPZOZ w Kępnie zawartych w przesłanych dokumentach dla potrzeb niezbędnych w procesie rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.).*

.....  
*miejsowość i data*

.....  
*podpis i pieczęćka*  
*Przyjmującego zamówienie*

#### ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej;
2. decyzję o nadaniu NIP, Nr Regon;
3. umowę lub pisemne zobowiązanie się Przyjmującego zamówienie do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną w wyniku realizacji umowy o udzielanie zamówienia (art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.). Kopię polisy na warunkach określonych w zobowiązaniu oferent przedkłada najpóźniej w przeddzień rozpoczęcia realizacji świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy;
4. informacje o liczbie osób, które będą wykonywały przedmiot umowy z podaniem ich kwalifikacji zawodowych, nr prawa wykonywania zawodu;
5. wypis z rejestru indywidualnych praktyk lekarskich;
6. dyplom lekarza;
7. prawo wykonywania zawodu
8. Przyjmujący zamówienie przed podpisaniem umowy jest zobowiązany do dostarczenia aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia wystawione przez lekarza medycyny pracy;