



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

FORMULARZ OFERTOWY

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Zespołach Ratownictwa Medycznego Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego SP ZOZ w Zielonej Górze w okresie od dnia 01.12.2017 roku do dnia 28.02.2018 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 (zaznaczyć):

1. Lekarz posiadający tytuł specjalisty (wg starego podziału: II^o specjalizacji)

- Medycyna ratunkowa
- Anestezjologia i Intensywna Terapia
- Chirurgia ogólna
- Chirurgia dziecięca
- Ortopedia i traumatologia
- Pediatria
- Choroby wewnętrzne

2. Lekarz i I^o specjalizacji (wg starego podziału)

- Medycyna ratunkowa
- Anestezjologia i Intensywna Terapia
- Chirurgia ogólna
- Chirurgia dziecięca
- Ortopedia i traumatologia
- Pediatria
- Choroby wewnętrzne

3. Otwarta specjalizacja (zgodnie z art. 3 ust. 3 oraz art. 57 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym):

.....

4. Inna specjalizacja

.....

w przypadku innej specjalizacji liczba godzin przepracowanych w ZRM..... lub
SOR.....

5. Udokumentowane doświadczenie w Zespołach Ratownictwa Medycznego:

- Tak
- Nie



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 świadczeń w ilości (słownie:.....) dyżurów w każdym miesiącu kalendarzowym.
W tym dyżurów dziennych w dni robocze,,
dyżurów nocnych w dni robocze,
dyżurów dziennych w dni świąteczne.....
dyżurów nocnych w dni świąteczne
3. Proponuję stawkę za jedną godzinę pracy 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 środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.
9. Świadomy/a odpowiedzialności karnej potwierdzam prawidłowość podanych danych.
10. Oświadczam, iż przepracowałem w ilości godzin wskazanych w pkt. 4 formularza ofertowego.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis, pieczęta

(lekarza lub osoby upoważnionej
do reprezentowania podmiotu)

65-043 Zielona Góra, ul. B. Chrobrego 2
tel/fax: 068 320 22 25, 068 320 23 15
NIP: 973-05-86-922 REGON: 970771551
e-mail: wspr@pogotowie.zgora.pl

Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego
SPZOZ w Zielonej Górze
DYREKTOR
mgr Marcin Mańkowski