

**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RODZAJU  
RATOWNICTWO MEDYCZNE DLA LEKARZY W ZESPOŁACH RATOWNICTWA MEDYCZNEGO  
W WOJEWÓDZKIEJ STACJI POGOTOWIA RATUNKOWEGO SP ZOZ W ZIELONEJ GÓRZE**

**1. DANE OFERENTA:**

Imię i nazwisko: .....

Pesel: .....

Adres zamieszkania: .....

Adres do korespondencji: .....

Numer telefonu: .....

Adres e-mail: .....

Nr prawa wykonywania zawodu: .....

Pełna dokładna nazwa praktyki lekarskiej: .....

.....

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

REGON / NIP: .....

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

Kwalifikacje zawodowe (wpisać właściwą):

Lekarz posiadający tytuł specjalisty .....  
(uzupełnić)

Lekarz w trakcie specjalizacji z .....  
(uzupełnić)

**2. ZAKRES ŚWIADCZEŃ ORAZ OFERTA CENOWA:**

Zgłaszam ofertę na realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza systemu PRM w Zespołach Ratownictwa Medycznego Zdrowotnej w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego SP ZOZ w Zielonej Górze.

Deklaruję miesięczną ilość dyżurów **zwykłych**: .....

**weekendowych**: .....

Zobowiązuję się do świadczenia usług w ilości ..... godzin w każdym miesiącu kalendarzowym, w tym również w soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy w ilości ..... godzin w każdym miesiącu kalendarzowym.

Za udzielanie świadczeń, proponuję stawkę za jedną godzinę pracy:

- od poniedziałku 07:00 do soboty 07:00 w wysokości: ..... zł brutto.
- od soboty 07:00 do poniedziałku 07:00 w wysokości: ..... zł brutto.

**Świadczenia będę pełnić w ramach umowy (proszę zaznaczyć właściwe):**

- kontraktowej (w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej),
- zlecenie / bez konieczności odprowadzenia składek ZUS/,
- zlecenie /z koniecznością odprowadzania składek ZUS/.

**3. OŚWIADCZENIA:**

**\*- skreślić jeżeli niepotrzebne**

- Oświadczam, że jestem gotowy/a do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku lekarza systemu PRM w WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze.
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia oraz warunkami 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 zawieszania prawa wykonywania zawodu.
- Oświadczam, że nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania 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.
- Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą i jestem wpisany/a do ewidencji działalności gospodarczej.\*
- Oświadczam, że jestem wpisany/a do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich prowadzonych przez Okręgową Izbę Lekarską .....

Przyjmując zamówienie, przed podpisaniem umowy, jest zobowiązany do dostarczenia aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia wystawionego przez lekarza medycyny pracy.

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze zawartych w przesłanych dokumentach dla potrzeb niezbędnych w procesie rekrutacji zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.Urz. UE L 119 z 04.05.2016).**

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)

**WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. Kopia polisy OC, umowa lub pisemne zobowiązanie Oferenta 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. 2018 poz. 2190).
2. Prawo wykonywania zawodu (**kopia potwierdzona przez Oferenta „za zgodność z oryginałem”**).
3. Dyplom potwierdzający posiadaną specjalizację lub karta specjalizacji (**karta potwierdzona przez Oferenta „za zgodność z oryginałem”**).

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)