

FORMULARZ OFERTOWY

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Zespołach Ratownictwa Medycznego Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego SP ZOZ w Zielonej Górze

1. Dane oferenta

- a) Imię i nazwisko:
- b) Pesel
- c) Adres zamieszkania:
- d) Adres do korespondencji:
- e) Numer telefonu:
- f) Adres e – mail:
- g) Nr prawa wykonywania zawodu.....
- h) Pełna dokładna nazwa praktyki lekarskiej
- i) Nr rejestracyjny w Izbie Lekarskiej / Nazwa Izby Lekarskiej
- j) REGON/NIP :

Lekarz systemu zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym

Kwalifikacje zawodowe (wpisać właściwą):

- ☐ Lekarz posiadający tytuł specjalisty,
(wpisać specjalność)
- ☐ Lekarz w trakcie specjalizacji z,
(wpisać specjalność)

2. Zakres świadczeń oraz oferta cenowa

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

Deklaruje miesięczną ilość dyżurów zwykłych..... weekendowych.....

- 1. 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.
- 2. 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).

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

- ☐ Kontraktowej (w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej).
- ☐ 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 systemu PRM w WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze.
- Oświadczam, że zapoznałem(am) 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 dentysty lub przepisów o izbach lekarskich.
- Oświadczam, że nie jestem ukarany(a) karą zawieszenia 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

*- jeśli niepotrzebne skreślić

Przyjmujący 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.2018r.,poz.160).
2. Prawo wykonywania zawodu (kopia potwierdzona przez Oferenta „za zgodności z oryginałem”).
3. Dyplom potwierdzający posiadaną specjalizację lub karta specjalizacji (kopia potwierdzona przez Oferenta „za zgodności z oryginałem”).

Zielona Góra, dnia
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)