

## FORMULARZ OFERTOWY

### Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w 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 : .....

#### 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 07:00) proponuję stawkę w wysokości .....zł/1h brutto.

Za udzielanie świadczeń w weekendy (od soboty godz. 07:00 do poniedziałku godz. 8:00) proponuję stawkę w wysokości .....zł/1h brutto

Świadczenia będę pełnił 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 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 dentystry 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 pieczęćka 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”).

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis i pieczęćka Oferenta)