

FORMULARZ OFERTOWY

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na okres od 20.07.2018 r. do 29.02.2020 r.

- a) Imię i nazwisko:
- b) Adres zamieszkania:
- c) Adres do korespondencji:
- d) Numer telefonu:
- e) Adres e – mail:
- f) Numer PESEL:

1. Dotychczasowe zatrudnienie:

od ... do ...	Nazwa podmiotu	Stanowisko	Forma zatrudnienia

2. Obecne miejsca zatrudnienia (podać formę zatrudnienia i nazwę podmiotu):

.....

.....

.....

.....

3. 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.

Za udzielanie świadczeń w zakresie: Nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej proponuję stawkę za 1 godzinę dyżuru w wysokości zł.

Deklaruję miesięczną ilość dyżurów

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/

4. Oświadczenia

- Oświadczam, że jestem gotowy(a) do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku pielęgniarki 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 pielęgniarki i położnej.
- 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.
- Oświadczam, że jestem wpisany/a do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek/położnych prowadzonych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w
- Świadomy(a) odpowiedzialności karnej potwierdzam prawidłowość podanych danych.
- Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą i jestem wpisany/a do ewidencji działalności gospodarczej*.

*- jeśli niepotrzebne skreślić

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 pieczętka 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 pieczętka Oferenta)