

**FORMULARZ OFERTOWY 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:

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:

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 08:00 oraz w 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. 08:00) proponuję stawkę w wysokości zł/1h 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 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

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. 2018 poz. 160).
2. Prawo wykonywania zawodu (**kopia potwierdzona przez Oferenta „za zgodność z oryginałem”**).

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)