**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: …………………………………………………..........................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Specjalizacja/w trakcie specjalizacji (nazwa): …………………………………………………………...........................................

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

REGON / NIP: …………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **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/.
1. **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 konkursy 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 zawieszania prawa wykonywania zawodu.
* Oświadczam, że nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka 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 …………………………………………………………………………………………………………………………………..

**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) oraz zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz. UE L 119 z 04.05.2016).**

…………………………………. ………………………………….

*(miejscowość i data) (podpis i pieczątka Oferenta)*

**WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. Dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu lekarza (kopia).
2. Prawo wykonywania zawodu (kopia).
3. 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. 2020 poz. 295).
4. Aktualne zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza medycyny pracy (kopia).

**Wszystkie załączone do oferty kopie dokumentów powinny być potwierdzone przez Oferenta „za zgodność z oryginałem”.**

**W przypadku osób, które w latach poprzednich świadczyły usługi na rzecz WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze, jako poświadczenie posiadania i złożenia dokumentów określonych w pkt 3 (a które na dzień podpisania umowy będą aktualne), należy załączyć zaświadczenie wystawione przez Dział Kadr WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze.**

…………………………………. ………………………………….

*(miejscowość i data) (podpis i pieczątka Oferenta)*