**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ   
PIELĘGNIARKI W ZAKRESIE NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

1. **DANE OFERENTA:**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………..

Adres do korespondencji: ………………………………………………………………………

Numer telefonu: …………………………………………………………………………………..

Adres e-mail: ………………………………………………………………………………………

Numer REGON: ……………………………………………………………………………………

Numer PESEL: ……………………………………………………………………………………….

Wykształcenie:

* ŚREDNIE

*specjalizacja*

…………………………………………………………………………………………………..

* STUDIA LICENCJACKIE

*kierunek & specjalizacja*

…………………………………………………………………………………………………….

* STUDIA MAGISTERSKIE

*kierunek & specjalizacja*

…………………………………………………………………………………………………….

1. **DOTYCHCZASOWE ZATRUDNIENIE:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OD … DO …** | **NAZWA PODMIOTU** | **STANOWISKO** | **FORMA ZATRUDNIENIA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Obecne miejsca zatrudnienia** (podać formę zatrudnienia oraz nazwę podmiotu):

1. …………………………………………………………………………………………………….

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

1. …………………………………………………………………………………………………….

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

1. **ZAKRES ŚWIADCZEŃ ORAZ OFERTA CENOWA:**

Zgłaszam ofertę na realizację świadczeń jako pielęgniarka w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.

Za udzielanie świadczeń jako pielęgniarka w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, proponuję stawkę   
za 1 godzinę dyżuru w wysokości …………….. zł brutto.

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 odprowadzania składek ZUS/.

1. **OŚWIADCZENIA: \*- skreślić jeżeli niepotrzebne**

* 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 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 środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.
* Oświadczam, że jestem wpisany/a do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek/położnych prowadzony przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w ……………………………………………
* Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą i jestem wpisany/a do ewidencji działalności gospodarczej.\*
* Świadomy/a odpowiedzialności karnej, potwierdzam prawidłowość podanych danych.

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 tych 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. 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).
2. Prawo wykonywania zawodu.

**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)*