

**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: .....

**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 zwykle** (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 pełnił 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 .....

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).

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis i pieczęćka 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.

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)