

**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*

.....

**2. DOTYCHCZASOWE ZATRUDNIENIE:**

| OD ... DO ... | NAZWA PODMIOTU | STANOWISKO | FORMA ZATRUDNIENIA |
|---------------|----------------|------------|--------------------|
|               |                |            |                    |
|               |                |            |                    |
|               |                |            |                    |

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

1) .....

.....

2) .....

.....

### 3. 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/.

### 4. 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 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 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.

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 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).**

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis i pieczęćka 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.**

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis i pieczęćka Oferenta)