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

**DANE OFERENTA:**

|  |  |
| --- | --- |
| imię i nazwisko: |  |
| PESEL: |  |
| adres zamieszkania: |  |
|  |
| adres korespondencyjny: |  |
|  |
| telefon kontaktowy: |  |
| adres e-mail: |  |
| REGON / NIP: |  |
| nr prawa wykonywania zawodu: |  |
| pełna dokładna nazwa praktyki lekarskiej: |  |
|  |
| nr rejestracyjny w Izbie Lekarskiej: |  |
| nazwa Izby Lekarskiej: |  |

**KWALIFIKACJE ZAWODOWE:** *(zaznaczyć właściwe i uzupełnić)*

* Lekarz posiadający tytuł specjalisty ……………………………………………………………………………………………………

*(uzupełnić)*

* Lekarz w trakcie specjalizacji z …………………………………………………………………………...........................................

*(uzupełnić)*

**ZAKRES ŚWIADCZEŃ ORAZ OFERTA CENOWA:**

Zgłaszam ofertę na realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego SP ZOZ 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/.

**OŚWIADCZENIA:**

*\* skreślić, jeżeli nie dotyczy*

1. Oświadczam, że jestem gotowy/a do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku lekarza w WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia oraz warunkami konkursu i nie wnoszę zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że załączone do formularza ofertowego kopie dokumentów są zgodne z ważnym, aktualnym oryginałem.
4. 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.
5. Oświadczam, że nie jestem ukarany/a karą zawieszania prawa wykonywania zawodu.
6. 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.
7. Świadomy/a odpowiedzialności karnej, potwierdzam prawidłowość podanych danych.
8. \*Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą i jestem wpisany/a do ewidencji działalności gospodarczej.
9. Oświadczam, że jestem wpisany/a do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich prowadzonych przez Okręgową Izbę Lekarską …………………………………………………………………………………………………………………………………..
10. Oświadczam, że posiadam aktualną książeczkę do celów sanitarno-epidemiologicznych oraz aktualne zaświadczenie
o szczepieniu przeciw WZW typu B.

**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) oraz oświadczam iż zapoznałem(am) się z klauzulą informacyjną zamieszczoną w treści ogłoszenia o konkursie.**

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………….. | …………………………………….. |
| *(miejscowość i data)* | *(pieczątka i podpis 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.
3. Dyplom potwierdzający posiadaną specjalizację lub karta specjalizacji.
4. Kserokopia zaświadczenia od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy.

**Wszystkie załączone do Oferty kserokopie dokumentów powinny być poświadczone
*za zgodność z oryginałem* oraz opatrzone imienną pieczątką i podpisem.**

**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. 4 (a które na dzień podpisania umowy będą aktualne), należy załączyć zaświadczenie wystawione przez Dział Kadr WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze.**

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………….. | …………………………………….. |
| *(miejscowość i data)* | *(pieczątka i podpis Oferenta)* |