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

**DANE OFERENTA:**

|  |  |
| --- | --- |
| **imię i nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **adres zamieszkania:** |  |
|  |
| **adres korespondencyjny:** |  |
|  |
| **telefon kontaktowy:** |  |
| **adres e-mail:** |  |
| **REGON / NIP:** |  |

**WYKSZTAŁCENIE:**

*(zaznaczyć właściwe i uzupełnić)*

* **Średnie**
* **Studia licencjackie** 
  + kierunek & specjalizacja

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

* **Studia magisterskie** 
  + kierunek & specjalizacja

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

**DOTYCHCZASOWE ZATRUDNIENIE POTWIERDZAJĄCE DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OD … DO …** | **NAZWA PODMIOTU** | **STANOWISKO** | **FORMA  ZATRUDNIENIA** | **DOŚWIADCZENIE  W ZRM\*** | |
| **W LATACH** | **W GODZINACH** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*\*Doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ZRM zgodnie z art. 36. 1. ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym*

**OBECNE MIEJSCA ZATRUDNIENIA:**

*(podać formę zatrudnienia oraz nazwę podmiotu)*

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

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

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

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

**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/.

**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: ……………..

**OŚWIADCZENIA:**

*\* skreślić, jeżeli nie dotyczy*

1. Oświadczam, że jestem gotowy/a do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku pielęgniarki w WSPR SP ZOZ   
   w Zielonej Górze.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia oraz warunków konkursu i nie wnoszę zastrzeżeń.
3. 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.
4. 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.
5. Oświadczam, że nie jestem ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu.
6. \*Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą i jestem wpisany/a do ewidencji działalności gospodarczej.
7. Oświadczam, że jestem wpisany/a do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek/położnych prowadzony przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w ……………………………………………
8. Oświadczam, że przesłane kopie dokumentów są zgodne z ważnym, aktualnym oryginałem.
9. Świadomy/a odpowiedzialności karnej, potwierdzam prawidłowość podanych danych.

**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:**

*\*skreślić, jeżeli nie dotyczy*

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. 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)* |