

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 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 BĘDĄ 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 sądu 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)

.....
(pieczęć 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. 2022 poz. 633).
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 pieczętą 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)

.....
(pieczętą i podpis Oferenta)