

**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)
-
- 2)
-

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/.

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 sądu 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.

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczęćka 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. 2021 poz. 711).
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 pieczęcią 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.

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)