

FORMULARZ OFERTOWY

NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH PRZEZ:

LEKARZA SYSTEMU W SPECJALISTYCZNYM ZESPOLE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

imię i nazwisko:	
PESEL:	
adres korespondencyjny:	
telefon kontaktowy:	
adres e-mail:	
pełna nazwa praktyki lekarskiej:	
NIP:	
nr PWZ:	
nr rejestracji w Izbie Lekarskiej (+ podać nazwę Izby):	

ZAKRES ŚWIADCZEŃ ORAZ OFERTA CENOWA:

Zakreślić „X”	Stanowisko	Cena za 1 godzinę udzielania świadczeń	Proponowana minimalna liczba godzin
<input type="checkbox"/>	Lekarz systemu w specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego		

ŚWIADCZENIA BĘDĄ PEŁNIĆ W RAMACH UMOWY:

zaznaczyć właściwe

- kontraktowej (w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej)
- zlecenie / bez konieczności odprowadzenia składek ZUS /
- zlecenie / z koniecznością odprowadzania składek ZUS /

WYKSZTAŁCENIE:

zaznaczyć właściwe

lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie:

(uzupełnić)

lekarz w trakcie specjalizacji z:

(uzupełnić)

DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE (W SYSTEMIE PRM):

Nazwa podmiotu	Stanowisko	Forma zatrudnienia	Okres zatrudnienia (w latach)

OBECNE MIEJSCA ZATRUDNIENIA:

podać nazwę podmiotu oraz formę zatrudnienia (umowa o pracę, zlecenie, kontrakt)

1)

2)

WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY*

1. Kserokopia:

aktualnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do świadczenia usług na stanowisku, o które ubiega się Oferent,

aktualnej polisy od odpowiedzialności cywilnej,

prawa wykonywania zawodu lekarza z posiadanymi specjalizacjami,

dyplomu ukończenia studiów medycznych,

dyplomu specjalisty, karty szkolenia specjalizacyjnego lub innego dokumentu potwierdzającego datę rozpoczęcia specjalizacji,

2. Oświadczenie o realizacji obowiązku szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 (**załącznik nr 1 do Formularza ofertowego**).

3. Oświadczenie, iż w dniu podpisania umowy Oferent posiada ważny Certyfikat e-ZLA (ZUS) w celu podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej na potrzeby integracji systemu SWD PRM z systemem P1 (SIM). (**załącznik nr 2 do Formularza ofertowego**).

4. Aktualny wydruk z CEIDG (jeżeli dotyczy).

Wszystkie załączone do Formularza ofertowego kserokopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem oraz opatrzone imienną pieczętką i podpisem.

***Oferenci, obecnie udzielający świadczeń na rzecz WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze, zwolnieni są z obowiązku dostarczenia kserokopii dokumentów, o ile dokumenty złożone w poprzednich konkursach są aktualne.**

Zaświadczenie o aktualności dokumentów należy uzyskać w Kadrach WSPR i dołączyć do oferty.

KONTAKT:

e-mail: kadry@pogotowie.zgora.pl

tel. 721-199-866

OŚWIADCZENIA:

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że:

1. Jest gotowy do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku lekarza systemu w WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze.
2. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia i nie zgłasza żadnych zastrzeżeń.
3. Nie jest pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.
4. Prowadzi działalność gospodarczą i jest wpisany do ewidencji działalności gospodarczej (**skreślić, jeżeli nie dotyczy**).
5. Przedłożone kopie dokumentów są zgodne z ważnym, aktualnym oryginałem.
6. Świadomy odpowiedzialności karnej, potwierdza 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.

.....
(pieczętka i podpis Oferenta)