

**Formularz ofertowy na świadczenie lekarskich usług zdrowotnych
w zakresie nocnej i świątecznej lekarskiej opieki zdrowotnej- NPL**

Po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia dotyczącego konkursu ofert na świadczenie usług zdrowotnych i wzorem umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych niniejszym składam swoją ofertę na wykonywanie usług medycznych na zasadach podanych w ogłoszeniu:

- Na udzielanie świadczeń przez specjalistę pediatrii na potrzeby nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej*
- Na udzielanie świadczeń przez pozostałych lekarzy na potrzeby nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej*
- koordynowanie nocną i świąteczną opieką zdrowotną*

I. Dane oferenta

Nazwa, siedziba oferenta <i>(pieczęć jeśli posiada)</i>	
Imię i nazwisko	
Numer prawa wykonywania zawodu	
Nr telefonu komórkowego	
Nazwa Banku i nr konta	
NIP	
REGON	
Adres mailowy	

Oferent posiada*:

- Tytuł specjalisty I stopnia w dziedzinie:.....
- Tytuł specjalisty II stopnia w dziedzinie:.....
- Specjalizacja w dziedzinie (ukończona tzw. „nowym trybem”).....
- Jest w trakcie specjalizacji w dziedzinie:

Posiadane przez Oferenta tytuły naukowe:

- Tytuł profesora
- Tytuł doktora habilitowanego
- Tytuł doktora nauk medycznych

II. Proponowane wynagrodzenie*:

za jedną godzinę kwota brutto świadczenia usług W SIEDZIBIE Udzielającego Zamówienia:

- a) przy minimalnej liczbie dyżurów m-nie - do 3-ch
w dni powszedniezł brutto za godzinę,
w soboty, niedziele, święta ustawowo wolne pracyzł brutto za godzinę,
- b) przy minimalnej liczbie dyżurów m-nie – do 6-ciu
w dni powszedniezł brutto za godzinę,
w soboty, niedziele, święta ustawowo wolne pracyzł brutto za godzinę,
- c) przy minimalnej liczbie dyżurów m-nie - od 7
w dni powszedniezł brutto za godzinę,

w soboty, niedziele, święta ustawowo wolne pracy**zł brutto za godzinę,**

2. za jedną godzinę kwota brutto świadczenia usług **POZA SIEDZIBĄ** Udzielającego Zamówienia :

w dni powszednie**zł brutto za godzinę,**

w soboty, niedziele, święta ustawowo wolne pracy**zł brutto za godzinę,**

3. Wynagrodzenie z tytułu pełnienia zadań Koordynatora - zł brutto m-nie.

III. Okres obowiązywania umowy:* 01.04.2019 r. – 31.12.2019 r. □

*właściwie zaznaczyć

Oświadczam, że:

1. świadczenia wykonywane będą w „Szpitalu Giżyckim” Sp. z o.o. w restrukturyzacji z siedzibą w Giżycku, przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w dyspozycji udzielającego zamówienia,
2. nie wnoszę zastrzeżeń do treści ogłoszenia, projektu umowy oraz posiadam niezbędne informacje do sporządzenia oferty,
3. jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymaganiami ustawowymi,
4. posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania zadania oraz dysponuję odpowiednią wiedzą i doświadczeniem a także możliwościami do wykonania zamówienia,
5. załączniki w postaci kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
 - wpis do ewidencji działalności gospodarczej
 - kopię statutu, odpis z KRS (jeśli dotyczy)
 - dyplom ukończenia studiów medycznych
 - dyplomy posiadanych specjalizacji lub karta specjalizacyjna
 - dyplomy o posiadanych tytułach naukowych
 - prawo wykonywania zawodu
 - zaświadczenie lekarskie o zdolności do podjęcia świadczeń, wystawione przez lekarza medycyny pacy
 - aktualne zaświadczenie o szkoleniu BHP (jeśli posiada)

zostały złożone Udzielającemu Zamówienia przy zawarciu poprzedniej umowy i znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienia, a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie*

lub stanowią załącznik do niniejszej oferty*.

*właściwie zaznaczyć

UWAGA!

Warunkiem podpisania umowy będzie przedstawienie aktualnej polisy **obowiązkowego** ubezpieczenia OC

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć, podpis)

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu rekrutacji oraz w przyszłości zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)”.

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć, podpis)