

**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
PRZEZ LEKARZY NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI CHORYCH W MSPR W  
GDYNI**

**DANE O OFERENCIE:**

Nazwisko i Imię .....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL.....

Adres z kodem pocztowym.....

Pełna nazwa prowadzonej działalności gospodarczej

.....

.....

NIP.....

REGON.....

Numer wpisu do właściwego rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk i  
organ dokonujący wpisu

.....

.....

.....

Droga informowania oferenta o przebiegu konkursu:

e-mail:.....

tel. kom.....

tel. domowy.....

adres do korespondencji:.....

Staż w zawodzie LEKARZA: ..... lat.

Obecne miejsce zatrudnienia (podać formę zatrudnienia i nazwę zakładu)

.....

.....

.....

**Oferuję:**

a) udzielanie świadczeń zdrowotnych jako:

Lekarz NiŚOCH

Stawkę za 1 godzinę dyżuru w ramach NiŚOCH MSPR Gdynia .....zł

b) następującą ilość godzin w miesiącu do podjęcia dyżurów w ramach NiŚOCH

MSPR Gdynia ..... godzin

**Załączam następujące dokumenty:**

- a. prawo wykonywania zawodu lekarza z oświadczeniem o braku ograniczeń,
- b. dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie będącej przedmiotem konkursu,
- c. zaświadczenie o prowadzeniu specjalizacji i o ukończonym II roku specjalizacji wraz z zaświadczeniem kierownika specjalizacji o dopuszczeniu do samodzielnego pełnienia dyżuru przez lekarza,
- d. zaświadczenia o ukończonych szkoleniach medycznych
- e. w przypadku zawodów regulowanych zaświadczenie o wpisie do odpowiedniego rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk tj:
  - indywidualna praktyka lekarska (stacjonarna)
  - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska (stacjonarna)
  - indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem
  - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem,
- f. dokument potwierdzający wpis do ewidencji działalności gospodarczej oraz numer NIP i REGON,
- g. kopię zaświadczenia lekarskiego o zdolności do pracy,
- h. kopię zaświadczenia o przeszkoleniu BHP,
- i. kopię polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej lub oświadczenie, że odpis polisy dostarczy w dniu podpisania umowy

**Nazwa banku i numer konta**

.....

**Oświadczenie:**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert oraz zasadami i szczegółowymi warunkami konkursu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu

Data .....

.....

Podpis oferenta

