

**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ
LEKARZA W ZESPOLE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO MSPR W GDYNI**

DANE OFERENTA:

Nazwisko i Imię.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL:

Adres zamieszkania 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. komórkowy

tel. domowy.....

adres do korespondencji

Staż w zawodzie LEKARZA: lat.

Obecne miejsce zatrudnienia (podać formę zatrudnienia i nazwę zakładu)

.....

.....

Oferuję:

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych jako lekarz systemu w specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego (zespół S),

- podstawową stawkę za 1 godzinę dyżuru w zespole Szł

- ilość godzin w miesiącu do podjęcia dyżurów w zespole S w godz.:

7.30 – 15.30 w dni roboczegodzin

15.30 – 7.30 w dni roboczegodzin

7.30 – 7.30 w dni wolne od pracy/świętecznegodzin

2. Za sprawowanie nadzoru nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez ZRM jako Starszy lekarz dyżuru *:

- za dyżur lekarski pełniony w dni robocze od godz.15:30 – 07:00zł

- za dyżur całodobowy w soboty niedziele i dni ustawowo wolne od pracy.....zł

* **dotyczy zespołu S8**

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 rozpoczęciu specjalizacji 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 przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem
 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym 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.

Data

Podpis oferenta