

**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
PRZEZ LEKARZA CHIRURGA W PORADNI CHIRURGICZNEJ 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:

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych jako lekarz w Poradni Chirurgicznej przy ul. Żwirki i Wigury 14:

- stawkę za 1 godzinę dyżuru w ramach udzielania świadczeń .....zł.,
  - proponowany czas pracy
- |              |                  |          |
|--------------|------------------|----------|
| Poniedziałek | w godz. od ..... | do ..... |
| Wtorek       | w godz. od ..... | do ..... |
| Środa        | w godz. od ..... | do ..... |
| Czwartek     | w godz. od ..... | do ..... |
| Piątek       | w godz. od ..... | do ..... |
| Sobota       | w godz. od ..... | do ..... |
| Niedziela    | w godz. od ..... | do ..... |

2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych jako lekarz w Poradni Chirurgicznej przy ul. Białowieskiej 1:

- stawka za wykonany 1 punkt rozliczeniowy z zakresu chirurgii ogólnej/zabiegowej w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych .....zł/pkt.,
  - proponowany czas pracy
- |                |                  |          |
|----------------|------------------|----------|
| • Poniedziałek | w godz. od ..... | do ..... |
| • Wtorek       | w godz. od ..... | do ..... |
| • Środa        | w godz. od ..... | do ..... |
| • Czwartek     | w godz. od ..... | do ..... |
| • Piątek       | w godz. od ..... | do ..... |

## 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 prowadzenie i ukończonym II roku specjalizacji wraz z zaświadczeniem kierownika specjalizacji o dopuszczeniu do samodzielnego pełnienia dyżuru,
- 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 i nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu.

Data .....

.....

Podpis oferenta