**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**PRZEZ LEKARZY NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 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 NiŚOZ

Stawkę za 1 godzinę dyżuru w ramach NiŚOZ MSPR Gdynia ……….zł

b) następującą ilość godzin w miesiącu do podjęcia dyżurów w ramach NiŚOZ MSPR Gdynia …..…… godzin

**Załączam następujące dokumenty:**

* 1. prawo wykonywania zawodu lekarza z oświadczeniem o braku ograniczeń,
  2. dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie będącej przedmiotem konkursu,
  3. zaświadczenie o rozpoczęciu specjalizacji lekarza
  4. zaświadczenia o ukończonych szkoleniach medycznych
  5. 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,
  1. dokument potwierdzający wpis do ewidencji działalności gospodarczej oraz numer NIP i REGON,
  2. kopię zaświadczenia lekarskiego o zdolności do pracy,
  3. kopię zaświadczenia o przeszkoleniu BHP,
  4. 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