# Załącznik nr 1 do KO

**Oferta**

Składam ofertę na konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- wykonywanie świadczeń zdrowotnych w godzinach normalnej ordynacji oddziału,

- dyżury medyczne,

- całodobowa opieka lekarska /kontrakt całościowy/ w zakresie opieki lekarskiej nad pacjentami oddziału .........................................................................

- nocna i świąteczna opieka medyczna …...............................................................................................

- inne: ………………………………………………………………………...

w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie.

**I. Dane o oferencie:**

Imię i nazwisko: **…..................................................**

adres: ….....................................................................

specjalizacja: …...........................................................

prawo wykonywania zawodu nr …............... wydane przez.................................................

wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ….....................................……………………………………………………………………………………………………..

nazwa działalności: …..........................................……………………………………….

adres: …..................................................................

NIP …................................................ REGON …........................................................

dane do kontaktu telefon ….......................... lub e-mail ….............................................

**II. Proponowana kwota należności za udzielanie świadczenia:**

- w dni powszednie, soboty, niedziele i święta …............................................zł/h

- kontrakt całościowy ...............................................zł/h

- inne warunki wynagrodzenia(np. procent lub kwota za zrealizowaną procedurę, badanie)   
…...................................................................……………………………………………...………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………….

**III. Proponowany czas trwania umowy:** …............................................

**IV. Załączniki:**

1. Dyplom: lekarza/ pielęgniarki/ ratownika medycznego, prawo wykonywania zawodu.

1. Kserokopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

2. Wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich.

3. Wpis do ewidencji działalności gospodarczej.

4. Orzeczenie lekarskie o braku p/wskazań do pracy, szkolenia Bhp

5. inne dokumenty ….............................................................

**IV. OŚWIADCZENIA:**

1. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie lekarz/ pielęgniarka/ ratownik medyczny wynosi ………. lat..
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi Warunkami Konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że jestem związany z oferta przez 30dni.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne   
   z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oświadczam, że: wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie dla celów postępowania konkursowego oraz potrzeb niezbędnych do realizacji świadczeń medycznych określonych w ofercie, zgodnie z art.6 ust.1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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). Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

**V. INNE:**

1. Zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez udzielającego Zamówienie harmonogramem.
2. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na świadczenia zdrowotne, zgodnie z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku  
    o działalności leczniczej.

……………………... ..……………………

data . podpis oferenta