

**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: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Specjalizacja numer dokumentu: .....

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, lekarza specjalisty, 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. Kserokopia dokumentów potwierdzających kwalifikacje i doświadczenie.

6. inne dokumenty .....

#### **V. OŚWIADCZENIA:**

1. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie lekarz wynosi ..... lat (dla indywidualnych praktyk lekarskich).
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.

#### **VI. 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