

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 świętazł/h
- kontrakt całościowyzł/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.
2. Kserokopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
3. Wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich.
4. Wpis do ewidencji działalności gospodarczej.
5. Orzeczenie lekarskie o braku p/wskazań do pracy, szkolenia Bhp.

6. Kserokopia dokumentów potwierdzających kwalifikacje i doświadczenie.

7. **Informacja o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego.**

8. 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. Zobowiązuję 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