Załącznik nr 1 do SWKO

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**
**NR POSTĘPOWANIA 40/2022**

**1. Dane oferenta (*wypełnić albo pkt A, albo pkt B*)**

**A. Podmiot leczniczy**

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego.....
.....
Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych..... nr KRS.....
Pełnomocnik ..... kontakt (tel.: ....,
e-mail: ……..)
NIP: ……. REGON: ……

**B. Oferta indywidualna – w ramach prowadzonej działalności gospodarczej**

Imię i nazwisko .....
Imię ojca: …… imię matki: ……
Nazwa prowadzonej działalności: .....
adres prowadzonej działalności: ……
……
adres zamieszkania (*wypełnić, jeśli jest inny niż powyżej*):
miejscowość..... kod pocztowy: ……
ulica.....nr.....
e-mail.....telefon do kontaktu.....
PESEL ..... NIP ..... REGON.....
Nr rachunku bankowego: .....
Nr PWZ: ……wydane przez (określenie izby lekarskiej):
……
Nr księgi rejestrowej (RPWDL): ……

Posiadane kwalifikacje/ ukończone kursy (należy dołączyć kopie dyplomów, certyfikatów itp. potwierdzone „za zgodność z oryginałem”):

1. specjalizacja z ..... Stopień specjalizacji ……
2. specjalizacja z ..... Stopień specjalizacji ……
3. dodatkowe umiejętności:
   ……

(wymagane potwierdzenie stosownymi zaświadczeniami)

**2. Zakres świadczeń**

Zgłaszam ofertę na stanowisko lekarza Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala w Malborku będącego jednostką organizacyjną Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Malborku w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych na warunkach określonych w SWKO i wzorze umowy do konkursu.

**Deklaruję średniomiesięczną liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w porze dziennej: ...../ miesiąc.**

**Deklaruję średniomiesięczną liczbę dyżurów ...../miesiąc**

* odpowiednie wpisać

**3. Oferta cenowa**

Za udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie anestezjologii na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Malborku oczekuję wynagrodzenia:

a) Świadczenie usług na zmianie dziennej ..... zł (brutto)godz.

b) Pełnienie dyżuru medycznego ..... zł (brutto)/godz.

**Doświadczenie zawodowe – nie mniejsze niż 5 lat jako specjalista anestezjologii ……Tak/Nie ***
**Wykonywanie zawodu w warunkach oddziału szpitalnego przez ostatnie 3 lata ……..Tak/Nie ***

**4. Termin świadczenia usług**

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia **01.05.2022r. do 30.11.2023r.**

**5. Oświadczenie**

Świadomy odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 kk w związku z treścią art. 233 § 6 kk składając ofertę do postępowania konkursowego na świadczenie usług medycznych, niniejszym:

a) Oświadczam, że nie jestem karany za przestępstwa umyślne, zawodowe, skarbowe.
b) Oświadczam, że jestem wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEDIG) i na dzień składania oferty prowadzę zarejestrowaną działalność gospodarczą zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa,
c) Oświadczam, ze wobec oferenta został spełniony obowiązek informacyjny wynikający z RODO.
d) Wyrażam zgodę na przetwarzanie tych danych na potrzeby przeprowadzenia niniejszego postępowania jak i wykonanie obowiązków wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa w tym RODO.
e) Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, regulaminem, wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.
f) Oświadczam, że obecnie pracuję w:

a. .....

na podstawie stosunku pracy*, umowy cywilno-prawnej*

**Niewłaściwe skreślić*

Oświadczam, że wymagane w konkursie dokumenty (ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY) **:

.....

.....

.....

znajdują się w posiadaniu Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku i na dzień składania niniejszej oferty są aktualne.

***Wypełnić jeśli dotyczy*

Malbork, dnia ..... .....

podpis oferenta

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. Dokumenty kwalifikacyjne (dyplom ukończenia uczelni medycznej, prawo wykonywania zawodu, specjalizacja)
2. Aktualna Polisa ubezpieczeniowa OC od odpowiedzialności cywilnej na jedno i wszystkie zdarzenia lekarza wykonującego zawód na terenie Rzeczypospolitej Polskiej określone ustawą o zawodzie lekarza i lekarza dentysty i dodatkowe ubezpieczenie praktyki zawodowej wynikające z przepisów prawa jakie będą niezbędne w tym zakresie,
3. Aktualne zaświadczenie o ukończonym szkoleniu w zakresie BHP.
4. Aktualne zaświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku lekarza,