Załącznik nr 1 do SWKO

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
NR POSTĘPOWANIA 37/2023

1. Dane oferenta - 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: .....
PWZ: nr.....wydane przez: .....
Organ rejestrowy (określenie izby lekarskiej): .....
Nr księgi rejestrowej (RPWDL): .....

Oświadczam, iż (odpowiednie zaznaczyć i uzupełnić):

☐ Posiadam specjalizację w dziedzinie ..... stopień specjalizacji ....., data uzyskania dyplomu specjalizacji: .....*

☐ Jestem w trakcie specjalizacji w dziedzinie ....., data rozpoczęcia specjalizacji .....

☐ Nie posiadam specjalizacji/ nie jestem w trakcie specjalizacji

* W przypadku posiadania więcej niż 1 specjalizacji należy wpisać specjalizację wymaganą w ogłoszonym konkursie.

2. Zakres świadczeń
Zgłaszam ofertę na stanowisko lekarza Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej szpitala w Malborku na warunkach określonych w ogłoszeniu, SWKO i projekcie umowy.

Deklaruję uczestnictwo w zabezpieczeniu wyjazdów asekuracyjnych pomiędzy szpitalami w Malborku i Nowym Dworze Gdańskim, a podmiotami zewnętrznymi *(ODPOWIEDNIE ZAZNACZYĆ):*

☐ TAK

☐ NIE

3. Oferta cenowa
Za realizację powyższych czynności oczekuję należności w wysokości:

<u>Poradnia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej – MALBORK:</u>

- dni powszednie: .....zł/godz. (brutto)

- dni wolne od pracy i świąteczne .....zł/godz. (brutto)

Deklarowana średniomiesięczna liczba dyżurów:

a) dni powszednie (14h) ..... /miesiąc

b) dni wolne od pracy i świąteczne (24h) : ……/miesiąc

4. Termin świadczenia usług

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia **01.05.2023r. do 30.06.2024r.**

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, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.
d) Oświadczam, ze wobec oferenta został spełniony obowiązek informacyjny wynikający z RODO.
e) Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych na potrzeby przeprowadzenia niniejszego postępowania jak i wykonanie obowiązków wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa w tym RODO.
f) Oświadczam, że obecnie pracuję w:

a. .....
na podstawie stosunku pracy*, umowy cywilno-prawnej*
b. .....
na podstawie stosunku pracy*, umowy cywilno-prawnej*,
**Niewłaściwe skreślić*

<u>Oświadczam, że wymagane w konkursie dokumenty (ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY) **:</u>

.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

Malbork, dnia .....

.....
podpis oferenta

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. *Dokumenty kwalifikacyjne (dyplom ukończenia uczelni medycznej, dyplom specjalizacji, dokument potwierdzający rozpoczęcie specjalizacji- wyciąg/skan z Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, prawo wykonywania zawodu),*
2. *Wpis do CEiDG*
3. *Aktualna Polisa ubezpieczeniowa OC od odpowiedzialności cywilnej lekarza wykonującego zawód na terenie RP w stosownym zakresie przewidzianym przepisami prawa..*
4. *Aktualne zaświadczenie o ukończonym szkoleniu BHP.*
5. *Aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku lekarza,*