# **OFERTA**

**NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH PRZEZ LEKARZA KOORDYNATORA MEDYCZNEGO – dotyczy ofert składanych przez osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych**

Deklarowana liczba godzin w miesiącu ……………..

DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |  |
| Ulica |  |  |
| Nr domu/mieszkania |  |  |
| Miejscowość |  |  |
| Kod pocztowy |  |  |
| NIP |  |  |
| REGON |  |  |
| PESEL |  |  |
| Nr telefonu |  |  |
| Numer Prawa Wykonywania Zawodu: |  |  |
| Adres e-mail |  |  |

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE OŚWIADCZA, ŻE:**

* + - 1. Jest wpisany do **Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG).**

2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz Regulaminem pełnienia dyżuru przez lekarzy systemu w Zespołach Ratownictwa Medycznego w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy oraz Regulaminu pracy lekarza koordynatora medycznego Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej proponuje następujące wynagrodzenie:

………….. PLN za 1 godzinę świadczeń usług zdrowotnych w dni robocze, soboty, niedziele i święta.

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. kserokopia dyplomu ukończenia studiów medycznych,
2. kserokopia prawa wykonywania zawodu,
3. kserokopia dokumentu potwierdzającego specjalizacje lub karty szkolenia specjalizacyjnego,
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk zawodowych lekarzy,
5. dokument poświadczający 5 000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala,
6. kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy,
7. orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych lub kserokopia książeczki do celów sanitarno-epidemiologicznych,
8. kserokopia aktualnego zaświadczenia o szczepieniu przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby lub oznaczenie stężenia przeciwciał anty-HBs,
9. kserokopia aktualnego zaświadczenia o odbyciu szkolenia okresowego w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy (szkolenie okresowe Przyjmującego zamówienie na stanowisku administracyjno-biurowym oraz pracowników, o których mowa w § 14 ust. 2 pkt 6 rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy),
10. zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do świadczenia usług na stanowisku, o które ubiega się Przyjmujący zamówienie,
11. aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG),
12. kserokopie innych dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje (aktualne certyfikaty potwierdzające ukończenie kursów) jeżeli dotyczy.

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

(podpis Przyjmującego zamówienie)