**FORMULARZ OFERTOWY**

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne – w zakresie chorób zakaźnych przez lekarzy na oddziałach szpitalnych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej dla pacjentów podejrzanych lub zakażonych SARS-CoV-2, Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologicznego
w Torzymiu sp. z o.o. w okresie od 01.01.2020r. do 30.04.2023r.

**1. Dane oferenta**

a) Imię i nazwisko: ………………………………………......................………………………………..…………

b) Pesel ………………………….…………………………………………………...………………………..………………

c) Adres zamieszkania: …………………………………………….……………………………………………………

d) Adres do korespondencji: …………………………………….…..…………………………….….…………….

e) Numer telefonu: …………………………………………………………..…………………………..………………

f) Adres e – mail: ……………………..…………………………………..…………….…………………….………….

g) Nr prawa wykonywania zawodu……………………………………..………….……………………………..

h) Pełna dokładna nazwa praktyki lekarskiej ……………………………..……….……….………………..

i) Nr rejestracyjny w Izbie Lekarskiej / Nazwa Izby Lekarskiej ………………….……………………

j) REGON/NIP : ………………………………………………………...……………...……………………..…………..

**2. Kwalifikacje zawodowe (zaznaczyć właściwą):**

1. Lekarz posiadający tytuł specjalisty chorób zakaźnych 
2. Lekarz specjalista w innej dziedzinie medycyny w trakcie specjalizacji z chorób zakaźnych 
3. Lekarz specjalista w innej dziedzinie medycyny

po zakończonym szkoleniu specjalizacyjnym z chorób zakaźnych 

1. Lekarz bez ukończonej specjalizacji w trakcie specjalizacji z chorób zakaźnych 

**3. Zakres świadczeń - realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób zakaźnych przez lekarza na oddziałach szpitalnych oraz oferta cenowa**

Zgłaszam ofertę na realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób zakaźnych przez lekarza na oddziałach szpitalnych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej dla pacjentów podejrzanych lub zakażonych SARS-CoV-2, Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologicznego w Torzymiu sp. z o.o. w okresie

1. od …………………………………………………………..…….. do ………………………………..…………………….
2. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w powyższym zakresie
w wymiarze nie mniejszym niż …………………… godzin miesięcznie.
3. Proponuję wynagrodzenie miesięczne ryczałtowe ……………………………….………..złotych brutto
4. Świadczenia będę pełnić w ramach umowy (proszę zaznaczyć właściwe):

**** Kontraktowej (w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej).

**** zlecenie /bez konieczności odprowadzenia składek ZUS/

**** zlecenie /z koniecznością odprowadzenia składek ZUS/

**4. Oświadczenia**

1. Oświadczam, że jestem gotowy(a) do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób zakaźnych na oddziałach szpitalnych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej dla pacjentów podejrzanych lub zakażonych SARS-CoV-2, Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologicznego w Torzymiu sp. z o.o.
2. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia i warunków konkursu a także wzorem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że przesłane kopie dokumentów są zgodne z ważnym, aktualnym oryginałem.
4. Oświadczam, że nie jestem zawieszony(a) w prawie wykonywania zawodu, ani ograniczony(a) w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich.
5. Oświadczam, że nie jestem ukarany(a) karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu.
6. Oświadczam, że nie jestem pozbawiony(a) możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony(a) w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.
7. Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą i jestem wpisany/a do ewidencji działalności gospodarczej\*.
8. -Oświadczam, że jestem wpisany/a do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich prowadzonych przez Okręgową Izbę Lekarską ……………………….……………………..
9. Zobowiązuję się przed podpisaniem umowy do przedłożenia Udzielającemu Zamówienie aktualnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wystawionego przez lekarza medycyny pracy, poświadczającego, iż mój stan zdrowia pozwala na udzielanie świadczeń zdrowotnych;

***\*- jeśli niepotrzebne skreślić***

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej potwierdzam prawidłowość podanych danych.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu sp. z o.o. zawartych w przesłanych dokumentach dla potrzeb niezbędnych w procesie rekrutacji, zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016,)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (miejscowość, data, podpis i pieczątka Oferenta)

**WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY (potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta kopie):**

1. prawo wykonywania zawodu;
2. dyplom specjalizacji chorób zakaźnych albo aktualne zaświadczenie o otwarciu specjalizacji chorób zakaźnych wraz z pisemnym potwierdzeniem przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę albo zaświadczenie potwierdzające zakończenie szkolenia specjalizacyjnego z chorób zakaźnych;
3. polisa OC lub pisemne zobowiązanie Oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną w wyniku realizacji umowy o udzielanie zamówienia (art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (miejscowość, data, podpis i pieczątka Oferenta)