Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe w Pruszczu Gdańskim
83-000 Pruszcz Gdański, ul. Prof. M. Raciborskiego 2A
NIP 593-221-85-62 Regon 191983891
Tel./fax 58 773 30 30 e-mail: sekretariat@pogotowiepruszcz.pl
www.pogotowiepruszcz.pl

Załącznik nr 1 do SWKO

FORMULARZ OFERTOWY

1. DANE OFERENTA

NAZWA OFERENTA (W BRZMIENIU PODANYM W CEIDG)		
KOD POCZTOWY I MIEJSCOWOŚĆ	**PEŁEN ADRES POD JAKIM PROWADZONA JEST DZIAŁALNOŚĆI**	
PESEL	**NIP**	**REGON**
NR TELEFONU	**ADRES E-MAIL OFERENTA**	

2. OFERUJĘ UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH JAKO

	LEKARZ SYSTEMU

3. PROPONUJĘ NASTĘPUJĄCĄ STAWKĘ:

a) w przypadku powierzenia funkcji <u>LEKARZA SYSTEMU</u> zespołu ratownictwa medycznego:

zł	za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako lekarz systemu w zespole ratownictwa medycznego

4. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ILOŚCI GODZIN:

Niniejszym oświadczam, że w przypadku nawiązania współpracy jestem gotowy do udzielania świadczeń zdrowotnych w następującej ilości godzin w wymiarze miesięcznym:	

5. WYMAGANE DOKUMENTY:

[ ] dyplom ukończenia studiów medycznych [ ] prawo wykonywania zawodu [ ] Curriculum Vitae [ ] wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej [ ] świadectwo o niekaralności lub podpisane oświadczenie [ ] orzeczenie lekarskie o braku przeciwskazań [ ] zaświadczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych [ ] kopię dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe [ ] kopia polisy ubezpieczeniowej [ ] zaświadczenie lekarskie o szczepieniu przeciwko COVID	**UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów.** Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) **spowoduje odrzucenie oferty.**

1. **Będąc świadom konsekwencji wynikających z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane w części 1 dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenia w stanie faktycznym.**
2. **Oświadczam, że zapoznałam/-łem się z projektem umowy stanowiącym załącznik nr 2 do SWKO i akceptuję warunki w niej przedstawione.**