**FORMULARZ OFERTOWY**

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji medycznej przez lekarzy na Oddziale Rehabilitacji Pulmonologicznej oraz Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologicznego w Torzymiu sp. z o.o. w okresie od 15.10.2023r. do 30.04.2026r.

**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 ……………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

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

Zgłaszam ofertę na realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji medycznej przez lekarza na **Oddziale Rehabilitacji Pulmonologicznej\*** lub/oraz **Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej\*** 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

albo:

wynagrodzenie godzinowe ……………………………….………..złotych brutto za godzinę

1. 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 **rehabilitacji medycznej przez lekarza na Oddziale Rehabilitacji Pulmonologicznej oraz Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej** 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;

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,)*

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

(data, podpis Oferenta)

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

1. prawo wykonywania zawodu;
2. dokument potwierdzający posiadaną specjalizację albo aktualne zaświadczenie o otwarciu specjalizacji wraz z pisemnym potwierdzeniem przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę;
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).

\_\_\_

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

( data, podpis Oferenta)

***\*- jeśli niepotrzebne skreślić***