**FORMULARZ OFERTOWY**

1. **Dane oferenta**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa Oferenta (w brzmieniu podanym w CEDG) | | | |
| Imię i nazwisko Oferenta | | | |
| Kod pocztowy i miejscowość | | Pełen adres pod jakim prowadzona jest działalność | |
| PESEL | NIP | | REGON |
| Adres do korespondencji ( podać jeżeli jest inny niż adres prowadzenia działalności | | | |
| Nr telefonu kontaktowego | | Adres mail oferenta | |
| Staż pracy w jednostkach systemu PRM ( zaznaczyć krzyżykiem ) | * 0- 5 lat * 5 -10 lat * Powyżej 10 lat | | **PRZYZNANIE PUNKTÓW ( wypełnia Komisja)** |
|  |
|  |
|  |
| Specjalizację ( zaznaczyć krzyżykiem) : | * w dziedzinie medycyny ratunkowej, * w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii , neurologii chorób wewnętrznych , kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii * w trakcie specjalizacji co najmniej po drugim rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej, anestezjologii i intensywnej terapii , neurologii lub ukończył szkolenie specjalizacyjne w zakresie modułu podstawowego w dziedzinie chorób wewnętrznych , pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuuje lub zakończył szkolenie | | **PRZYZNANIE PUNKTÓW**  **( wypełnia komisja )** |
|  |
|  |
|  |

1. **Zaproponowana liczba godzin**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba godzin** | | **PRZYZNANE PUNKTY ( wypełnia Komisja)** |
| …………… | Niniejszym oświadczam, że w przypadku nawiązania współpracy jestem gotowy do udzielania świadczeń zdrowotnych w następującej ilości godzin w wymiarze miesięcznym: |  |

1. **Proponuję następujące stawki**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Stawka za godzinę** | | **PRZYZNANE PUNKTY ( wypełnia Komisja )** |
| ………………zł / brutto | za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych |  |

1. **Oświadczam, że do niniejszej oferty załączam (zaznaczyć krzyżykiem):**

|  |  |
| --- | --- |
| * Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej * Prawo wykonywania zawodu * Specjalizacje w jakiej dziedzinie …………… * zaświadczenie lekarskie * kopię dyplomu lekarskiego * kopi polisy ubezpieczeniowej OC * rejestr podmiotów leczniczych | UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów. Brak dokumentów spowoduje odrzucenie oferty. |
| * wydruk z systemu e-KRK – zaświadczenie o niekaralności * oświadczenie | UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów. Oferta zostanie odrzucona, jeśli brak będzie zaświadczenia o niekaralności lub oświadczenia o jej dostarczenia w terminie najpóźniej do dnia zawarcia umowy. |

**Będąc świadomym konsekwencji wynikających z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym.**

Data i podpis ……………………..………………………