

OFERTA NA PRZYJĘCIE OBOWIĄZKÓW UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

I DANE OFERENTA	
1. IMIE	2. NAZWISKO
3. PESEL	4. NIP
5. DATA URODZENIA (dd-mm-rr) TELEFON
6. FIRMA, pod którą prowadzona jest praktyka :	
7 ADRES ZAMIESZKANIA ADRES DO KORESPONDENCJI (jeśli jest inny)	
8. LATA STAŻU PRACY (DOŁĄCZYĆ DOKUMENTY)	9. NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU (DOŁĄCZYĆ POTWIERDZONĄ KSEROKOPIĘ)
10. POSIADANA SPECJALIZACJA Z OKREŚLENIEM RODZAJU (DOŁĄCZYĆ POTWIERDZONĄ KSEROKOPIĘ)	
11 NR KSIĘGI REJESTROWEJ Z WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW PROWADZĄCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	
II OŚWIADCZENIE	
<p>A) Ja niżej podpisany, oświadczam, że zapoznałem się z:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) treścią ogłoszenia o konkursie ofert na przyjęcie obowiązku udzielania świadczeń medycznych w ramach umowy cywilnoprawnej b) przepisami ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. 2025 poz. 450.) c) przepisami ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2025 poz.91) c) Regulaminem przeprowadzania konkursu, d) Projektem umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne. <p>B) Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczeń zdrowotnych objętych umową oraz polisę ubezpieczenia od szkód majątkowych (dołączyć potwierdzone kserokopie polis ubezpieczeniowych)</p> <p>C) Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z zawarciem umowy cywilnoprawnej. Zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.</p> <p>D) Informuję, że SPZOZ PPR w Świdnicy jest moim * miejscem świadczenia usług * wpisać odpowiednio: podstawowym lub dodatkowym</p>	
..... PODPIS OFERENTA	
III OFERTA SZCZEGÓŁOWA	
<p>Oferuję wykonywanie - udzielanie świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ PPR w Świdnicy w ramach zespołów ratownictwa medycznego / nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej/ pomocy doraźnej i transportu sanitarnego/ zab. med. imprez artystyczno-rozrywkowych i sportowych *</p> <p>Za 1 godzinę świadczenia usług w ramach ZRM w dni robocze proponuję stawkę..... brutto Za 1 godzinę świadczenia usług w ramach ZRM w niedziele i święta proponuję stawkę..... brutto Za 1 godzinę świadczenia usług w ramach N i Ś OZ proponuję stawkę..... brutto Za 1 godzinę świadczenia usług w pom. dor. i transp. san. w dni robocze proponuje stawkębrutto Za 1 godzinę świadczenia usług w pom.dor. i transp.san.w niedziele i święta proponuje stawkębrutto Za 1 godzinę świadczenie usług zab.medy.imprez artystyczno-rozrywkowych i sportowych.....brutto</p> <p>Do każdej godziny pracowanej w ZRM przysługuje 30% dodatek wyjazdowy zgodnie z art. 99b. ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r. (Dz.U. z 2025r. poz. 450)</p> <p>Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od do</p>	
..... PODPIS OFERENTA	
IV DECYZJA KOMISJI KONKURSOWEJ:	
.....	
.....	
..... PODPIS KOMISJI KONKURSOWEJ	
.....	
..... DYREKTOR	