**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** | |

1. **OFERUJĘ UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH JAKO**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **LEKARZ SYSTEMU** |

1. **PROPONUJĘ NASTĘPUJĄCĄ STAWKĘ:**
2. **w przypadku powierzenia funkcji LEKARZA SYSTEMU zespołu ratownictwa medycznego:**

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

1. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ILOŚCI GODZIN:**

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

1. **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.**