

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 DZIAŁALNOŚĆ	
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 LEKARZA SYSTEMU 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:

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> dyplom ukończenia studiów medycznych<input type="checkbox"/> prawo wykonywania zawodu<input type="checkbox"/> Curriculum Vitae<input type="checkbox"/> wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej<input type="checkbox"/> świadectwo o niekaralności lub podpisane oświadczenie<input type="checkbox"/> orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań<input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych<input type="checkbox"/> kopię dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe<input type="checkbox"/> kopia polisy ubezpieczeniowej<input type="checkbox"/> 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.