**FORMULARZ OFERTOWY**

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ LEKARZA CHIRURGA W AMBULATORIUM CHIRURGICZNYM MSPR W SOPOCIE**

**DANE O OFERENCIE:**

Nazwisko i Imię …………………………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia….…………………………………………………………………

PESEL………………………………………………………………………………………

Adres z kodem pocztowym……………………………...………………………………….

Pełna nazwa prowadzonej działalności gospodarczej …………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

NIP…………………………………………………………………………………………….

REGON……………………………………………………………………………………….

Numer wpisu do właściwego rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk i organ dokonujący wpisu

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………….……………………………………………

Droga informowania oferenta o przebiegu naboru:

e-mail:…………...…………………………………………………………………………….

nr tel. kontaktowego …………………………………………………………………………

adres do korespondencji: …….………………………………………………………………

Staż w zawodzie LEKARZA: ………… lat.

Obecne miejsce zatrudnienia (podać formę zatrudnienia i nazwę zakładu)

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Oferuję:**

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych jako lekarz w ambulatorium Chirurgicznym w Sopocie ul. B. Chrobrego 10

• stawkę za 1 godzinę dyżuru w ramach udzielania świadczeń ……….zł.,

• proponowany czas pracy

Poniedziałek w godz. od 19:00 do 23:30

Wtorek w godz. od 19:00 do 23:30

Środa w godz. od 19:00 do 23:30

Czwartek w godz. od 19:00 do 23:30

Piątek w godz. od 19:00 do 23:30

Sobota w godz. od 9 :00 do 21:00

Niedziela w godz. od 9:00 do 21:00

inne : ……………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

**Załączam następujące dokumenty:**

a. prawo wykonywania zawodu lekarza z oświadczeniem o braku ograniczeń,

b. dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie będącej przedmiotem naboru,

c. zaświadczenie o prowadzenie i ukończonym II roku specjalizacji wraz z zaświadczeniem kierownika specjalizacji o dopuszczeniu do samodzielnego pełnienia dyżuru,

d. zaświadczenia o ukończonych szkoleniach medycznych

e. w przypadku zawodów regulowanych zaświadczenie o wpisie do

odpowiedniego rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk tj:

- indywidualna praktyka lekarska ,

- indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska

f. dokument potwierdzający wpis do ewidencji działalności gospodarczej oraz numer NIP i REGON,

g. kopię zaświadczenia lekarskiego o zdolności do pracy, kopię orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych,

i. kopię polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej lub oświadczenie, że odpis polisy dostarczy w dniu podpisania umowy.

**Nazwa banku i numer konta**

………………………………………………………………..……………………………

……………………………………………………………………………………………..

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o rekrutacji i projektu umowy i nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia rekrutacji.

Data i podpis ………………………………………………