

**FORMULARZ OFERTOWY**

na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju Ratownictwo Medyczne  
przez **lekarzy systemu** w Zespołach Ratownictwa Medycznego „S”

**Dane Oferenta:**

1. Pełna nazwa Oferenta (*imię i nazwisko i nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru*)  
.....

2. Adres Oferenta

ul. .... nr. ....

kod pocztowy ..... miejscowość .....

tel. .... fax. ....

NIP ..... REGON.....

Nazwa banku i nr rachunku .....

**3. Nazwa i stopień posiadanej specjalizacji z datą uzyskania specjalizacji**, lub nazwa odbywanej specjalizacji z datą rozpoczęcia i zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, w przypadku ukończenia szkolenia specjalizacyjnego i braku dyplomu proszę podać przybliżoną datę przystępowania do egzaminu specjalizacyjnego:

.....  
.....  
.....

Niniejszym zgłaszam swoje uczestnictwo w konkursie ofert ogłoszonym przez SPZOZ – Sądeckie Pogotowie Ratunkowe w Nowym Sączu na zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju Ratownictwo Medyczne przez lekarza systemu w Zespołach Ratownictwa Medycznego typu „S” i oferuję:

1. Ilość godzin do przepracowania w miesiącu - .....
2. Proponowana stawka godzinowa\* - .....
3. Proponowany rejon udzielanych świadczeń- ..... (*Nowy Sącz, Krynica-Zdrój*)

\*Wysokość stawki godzinowej nie może przekraczać możliwości finansowych SPZOZ SPR.

\*Zapewniam niezmienność ceny za w/w świadczenia przez okres trwania umowy.

Data: .....

.....  
(podpis oferenta)

**Załączam następujące dokumenty:**

1. zaświadczenie z CEIDG lub KRS;
2. kopia dyplomu uczelni ;
3. kopia prawa wykonywania zawodu lekarza z posiadanymi specjalizacjami;
4. kopia dyplomu posiadanej specjalizacji;
5. zaświadczenie Izby Lekarskiej, o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych praktyk lekarskich, wraz z numerem właściwego rejestru, lub zaświadczenie o wpisie do rejestrów podmiotów wykonujących działalność leczniczą, oświadczenie że wpis zostanie dostarczony w ciągu miesiąca od daty zawarcia umowy;
6. kopia karty szkolenia specjalizacyjnego, zawierająca wpisaną przez kierownika specjalizacji datę rozpoczęcia specjalizacji;
7. aktualne zaświadczenie wydane przez lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń objętych umową na świadczenie zdrowotne.
8. ....
9. ....
10. ....