**Powiatowa Stacja Pogotowia Ratunkowego**

**w Tarnowie**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Imię i nazwisko ...................................................................................................................
2. PESEL: ...................................................................................................................
3. Adres ...................................................................................................................
4. Telefon ...................................................................................................................
5. Email ...................................................................................................................
6. NIP ...................................................................................................................
7. REGON ...................................................................................................................
8. Przedmiot oferty:

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w specjalistycznych zespołach wyjazdowych Powiatowej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Tarnowie.

1. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza: ............................................................................................
2. Kwalifikacje zawodowe:

staż pracy w zawodzie lekarza ogółem (data pierwszego zatrudnienia): ..............................................................

staż pracy w Pogotowiu Ratunkowym: ..............................................................................................................

Specjalizacje 10 ............................................................................................................................................

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

Specjalizacje 20 ............................................................................................................................................

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

* Dokumenty potwierdzające kwalifikacje – sztuk ..............................
* Inne informacje, które mogą mieć wpływ na wybór oferenta:

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

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

1. Zobowiązuję się do wykonywania minimalnej ilości ……………………………….. godzin dyżuru, w każdym miesiącu.
2. CENA udzielania świadczeń zdrowotnych:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Proponowana stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń medycznych |  |

**15.** Oferent związany jest ofertą **do 30 dni** od daty upływu terminu składania ofert.

**16.** UWAGI:

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

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

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

**17.** Załącznikami do oferty są: (niepotrzebne skreślić)

1. Dyplom lekarza.
2. 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.
3. Zaświadczenie o posiadanym numerze REGON, NIP.
4. Wyciąg z CEIDG.
5. Prawo wykonywania zawodu lekarza.
6. Dyplom(-y) posiadanej(-ych) specjalizacji.
7. Kartę szkolenia specjalizacyjnego zawierającą wpisaną przez kierownika specjalizacji datę rozpoczęcia specjalizacji.
8. Dokument potwierdzający w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończony moduł podstawowy   
   w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuuje lub zakończył szkolenie specjalizacyjne oraz uzyskał tytuł specjalisty
9. Zaświadczenie o posiadaniu 3000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala.
10. Wypełniona i podpisana ankieta dotycząca doświadczenia oraz kompetencji niezbędna do prawidłowego wypełnienia danych w portalu personelu NFZ.

**18.** Oferta zawiera ………………….. ponumerowanych stron.

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

(podpis, pieczęć)

…................................dnia ..............................

(miejscowość) (data)