

**FORMULARZ OFERTOWY**

**NA STANOWISKO NACZELNEGO LEKARZA SZPITALA W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ MSWiA W POZNANIU IM. PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO**

**1. Dane oferenta**

Imię i nazwisko ..... telefon.....

e-mail.....

adres: .....

ulica.....nr.....

PESEL ..... NIP .....REGON.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Nr wpisu do Rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

(opcjonalnie).....

Specjalizacja (nazwa i stopień) .....

.....

Podane powyżej dane są środkami komunikacji, którymi będę się posługiwać w kontakcie z Udzielającym Zamówienia w trakcie prowadzonego konkursu. Wszelkie informacje, oświadczenia lub wezwania kierowane za pośrednictwem przywołanych wyżej środków komunikacji uznaję za skutecznie złożone przez Udzielającego Zamówienia.

**2. Przedmiot oferty**

Złożona przeze mnie oferta jest ofertą na **pracę na stanowisku Naczelnego Lekarza Szpitala** w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego

.....  
Data i podpis

**3. Oferta cenowa**

Cena jaką oferuję za miesiąc wykonywania przedmiotu umowy to:

..... **zł brutto**

**Słownie:** .....

**4. Tytuły naukowe, zawodowe i doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne:**

Oświadczam, że:

- 1) posiadam następujący tytuł naukowy w zakresie nauk medycznych: .....
- 2) podlegające ocenie okresy udzielania świadczeń zdrowotnych/ pracy na stanowisku kierowniczym w publicznych jednostkach służby zdrowia lub administracji służby zdrowia wynoszą łącznie: .....

## 5. Okres udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu.

Oferuję zawarcie umowy o **pracę na stanowisku Naczelnego Lekarza Szpitala** w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego **od 22 lipca 2022 r. do .....**

.....  
Data i podpis

## 6. Oświadczenia:

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, na **pracę na stanowisku Naczelnego Lekarza Szpitala** (stanowiącym załącznik nr 1 do SWKO) i akceptuję zawarte w nich postanowienia, nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam informacje niezbędne do przygotowania oferty.

.....  
Data i podpis

Oświadczam, że posiadam niezbędne uprawnienia do realizacji przedmiotu Konkursu ofert oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych lub pracy na stanowisku kierowniczym w publicznych jednostkach służby zdrowia/administracji służby zdrowia oraz spełniam określone prawem oraz w treści Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert warunki ich realizacji.

.....  
Data i podpis

Oświadczam, że jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami wynikającymi z treści powszechnie obowiązujących przepisów prawnych.

.....  
Data i podpis

Oświadczam, że w przypadku dokonania wyboru przez Udzielającego Zamówienia złożonej przeze mnie oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy oraz przystąpienia do realizacji przedmiotu umowy.

.....  
Data i podpis

Oświadczam, że praca wykonywana będzie w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego przy wykorzystaniu sprzętu znajdującego się w posiadaniu Udzielającego Zamówienia.

.....  
Data i podpis

Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w treści obowiązujących przepisów prawnych oraz zgodnie z treścią umowy, której wzór stanowi załącznik nr 1 do SWKO.

.....  
Data i podpis

Oświadczam, że nie jestem pozbawiona/y, ani zawieszona/y w prawach do wykonywania zawodu na mocy prawomocnego wyroku karnego sądu powszechnego ani zawodowego sądu lekarskiego, a w chwili składania niniejszej oferty nie toczy się przeciwko mnie postępowanie przygotowawcze, które mogłoby prowadzić do pozbawienia mnie prawa wykonywania zawodu.

.....  
Data i podpis

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony danych osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, w podanym wyżej zakresie przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA im. prof. Ludwika Bierkowskiego w Poznaniu wyłącznie w celu i zakresie niezbędnym do przeprowadzenia Konkursu ofert. Oświadczam, że jestem świadoma/y przysługujących mi praw związanych z przetwarzaniem moich danych osobowych. Żądanie zaprzestania przetwarzania danych osobowych jest równoznaczne z wycofaniem oferty z Konkursu.

.....  
Data i podpis osoby wyrażającej zgodę

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu, dokument potwierdzający tytuł naukowy, dyplom lekarza, dyplom specjalizacji,
2. Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Okręgowa Izba Lekarska) (opcjonalnie),
3. Aktualne zaświadczenia lekarza medycyny pracy
4. Opis przebiegu pracy zawodowej wraz z dokumentami potwierdzającymi spełnianie wymagań określonych w SWKO
5. CV.