**Załącznik nr 3**

do Zarządzenia nr 46/2020 z dnia 18 czerwca 2020 r.

Dyrektora SP ZOZ WSPR w Białymstoku

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

Imię i nazwisko

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

prowadzący działalność gospodarczą pod nazwą

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

NIP/REGON nr dyplomu/nr prawa wykonywania zawodu

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

adres zamieszkania nr telefonu kontaktowego

**FORMULARZ OFERTOWY**

dotyczący konkursu ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie wykonywania czynności **dyspozytora medycznego**

od 01.07.2020 r.

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, warunkami zawartymi w specyfikacji, wzorem umowy kontraktowej i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści. Jestem gotowy/a do udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz SP ZOZ WSPR w Białymstoku od 01.07.2020 r. jako**dyspozytor medyczny** w miejscu wykonywania czynności w ZPD w Białymstoku ze stawką godzinową w wysokości ……………… zł brutto przez:
	* 1. minimum 72 godziny miesięcznie\*
		2. poniżej 72 godzin miesięcznie\*
2. Gotowość do pracy w godz. 7.00-19 00\* w dni robocze: TAK / NIE\*
3. Gotowość do pracy w sobotę, niedziele i święta: TAK/NIE \*
4. W załączeniu przedkładam następujące dokumenty wymagane specyfikacją:
5. ...................................................................................................................................................................
6. ...................................................................................................................................................................
7. ...................................................................................................................................................................
8. ...................................................................................................................................................................
9. ...................................................................................................................................................................
10. ...................................................................................................................................................................

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w mojej ofercie dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych -zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Wyrazona przez mnie zgoda jest dobrowolna. Zostalem poinformowany o prawie wycofania mojej zgody. Wycofanie mojej zgody nie wpływa na zgodnosc z prawem przetwarzania moich danych osobowych przed jej wycofaniem.

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

 podpis oferenta

\*niepotrzebne skreślić