**W y k a z n i e z b ę d n y c h d o k u m e n t ó w**

**LEKARZE**

1. **Oferta** na przyjęcie obowiązków pełnienia świadczeń zdrowotnych.
2. **Dyplom studiów** - *należy dostarczyć potwierdzoną kserokopię.*
3. **Specjalizacje i kwalifikacje** - *należy dostarczyć potwierdzone kserokopie.*
4. **Odbyte istotne szkolenia i kursy** - *należy dostarczyć potwierdzoną kserokopię*.
5. **Prawo wykonywania zawodu** - *należy dostarczyć potwierdzoną kserokopię*.
6. **Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej** *– z wpisanym adresem miejsca wykonywania działalności.*
7. **Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (DIL) -** *z wpisanym adresem miejsca udzielania świadczeń oraz nazwą podmiotu.*
8. **Polisa ubezpieczeniowa na kwotę minimalną** - zgodnie z aktualnym rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (utrzymywanie ważności przez cały okres umowy) *- należy dostarczyć potwierdzoną kserokopię.*
9. **Aktualne zaświadczenie lekarskie** - utrzymywanie ważności przez cały okres umowy.
10. **Opisany przez oferenta przebieg pracy zawodowej lub wykonywanych usług:** nazwa zakładu lub działalności gospodarczej; okresy wykonywania pracy lub usług; zajmowane stanowiska lub rodzaj wykonywanych pracy.
11. **Aktualne badanie laboratoryjne** potwierdzające brak przeciwciał anty HBV, HCV oraz anty HIV - w przypadku gdy osoba będzie chciała ubiegać się o zwrot kosztów profilaktyki poekspozycyjnej w związku z narażaniem na zakażenie wirusem HIV.

**Uwaga!**

**Oferty, które nie będą zawierały wszystkich wymienionych dokumentów nie będą rozpatrywane.**