

O F E R T A
o udzielanie świadczeń zdrowotnych

Niniejszym składam ofertę na przyjęcie obowiązków udzielania świadczeń zdrowotnych :*

1. w Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym z Poradnią Chorób Zakaźnych
2. w Oddziale Wewnętrznym z Poradnią Chorób Wewnętrznych
3. w Oddziale Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Bariatrycznej z Poradnią Chirurgii Ogólnej i Bariatrycznej oraz Poradni Onkologicznej**.

Dane adresowe

Imię i nazwisko (nazwa podmiotu leczniczego).....

Adres

Telefon adres e-mail

Posiadane specjalizacje

Numer właściwego rejestru

NIP..... REGON

Nr działalności gospodarczej

Oferta cenowa

Przedmiot zamówienia zobowiązuję się wykonywać za kwotę:

Lekarz:

1. w Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym, w Oddziale Wewnętrznym z przypisaną poradnią :

I wariant:

- za udzielanie świadczeń w Oddziale bez względu na ordynację -...../zl godz.
- za udzielanie świadczeń w Poradni - zl/pkt

II wariant:

- za udzielanie świadczeń zdrowotnych bez względu na ordynację w Oddziale z przypisaną Poradnią - zl/godz.

2. w Oddziale Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Bariatrycznej z Poradnią Chirurgii Ogólnej i Bariatrycznej lub Poradnią Onkologiczną:

I wariant:

- za udzielanie świadczeń w Oddziale bez względu na ordynację -zl/godz.(z wyłączeniem godzin na udzielanie świadczeń zdrowotnych w poradni).
- za gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych (tzw. telefonem) :.....zl/godz., a po przybyciu na miejsce udzielania świadczeń : zl/godz.
- za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgii Ogólnej i Bariatrycznej i Poradni Onkologicznej **:zl/pkt
- za pełnienie nadzoru merytorycznego nad pacjentami Oddziału Urologicznego w dni powszednie od godz. 15.35 do godz. 8.00 dnia następnego-...../za dyżur oraz w dni wolne od pracy i święta w godz. 8.00-8.00.: za dyżur.

II wariant :

- za udzielanie świadczeń zdrowotnych bez względu na ordynację w Oddziale z Poradnią Chirurgii Ogólnej i Bariatrycznej oraz Poradnią Onkologiczną **: - zl/godz.
- za gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych (tzw. telefonem) :.....zl/godz., a po przybyciu na miejsce udzielania świadczeń : zl/godz.

- za pełnienie nadzoru merytorycznego nad pacjentami Oddziału Urologicznego w dni powszednie od godz. 15.35 do godz. 8.00 dnia następnego: /za dyżur oraz w dni wolne od pracy i święta w godz. 8.00-8.00/ za dyżur.

Oświadczenia

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz wzorem umowy.
2. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie łącznie ze stażem podyplomowym wynosi :.....lat.
3. Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności, świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na okres obowiązywania umowy.
5. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia.
6. Oświadczenie, że zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej dla pracowników, osób ubiegających się o zatrudnienie w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie o przetwarzaniu danych osobowych i praw z tym związanych .

Ciechanów dnia

.....

(podpis)

* właściwe podkreślić

** właściwie podkreślić