

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 w tym Koordynowanie działań Oddziału Wewnętrznego z Pododdziałem Pulmonologicznym i Pododdziałem Dermatologicznym.

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 z Poradnią Chorób Zakaźnych:

I wariant:

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

II wariant:

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

2. w Oddziale Wewnętrznym z przypisaną poradnią w tym Koordynowanie działań Oddziału Wewnętrznego z Pododdziałem Pulmonologicznym i Pododdziałem Dermatologicznym:

I wariant:

- za udzielanie świadczeń zdrowotnych w normalnej ordynacji - zł/godz.
- za udzielanie świadczeń zdrowotnych poza normalną ordynacją - zł/godz.
- za z tytułu wykonywania czynności Koordynatora oddziału- zł/godz. lub ryczałt .

II wariant :

- za udzielanie świadczeń w Oddziale bez względu na ordynację -zł/godz.(z wyłączeniem godzin na udzielanie świadczeń zdrowotnych w poradni).
- za udzielanie świadczeń w Poradni - zł/pkt
- za z tytułu wykonywania czynności Koordynatora oddziału - zł/godz. lub ryczałt .

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