

O F E R T A
o udzielanie świadczeń zdrowotnych

Niniejszym składam ofertę na przyjęcie obowiązków udzielania świadczeń zdrowotnych :

1. w Oddziale Kardiologicznym - na wykonywanie w całości procedur ablacji, a w tym :

- a) kwalifikacji pacjentów
- b) wykonywania zabiegów ablacji:
 - badanie elektrofizjologiczne, E-44;ICD9-37,261
 - ablacja, E43;ICD9-37.341,37.342
 - ablacja migotania przedsionków:-E48
- c) szkolenie dwóch lekarzy specjalistów kardiologów , zapewnienie ich udziału w procedurach, nadzór nad nimi.

Dane adresowe

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

Adres

Telefon adres e-mail

Posiadane specjalizacje

Numer właściwego rejestru

NIP..... REGON

Oferta cenowa

Przedmiot zamówienia zobowiązuję się wykonywać za kwotę:

Lekarz:

- złotych za badanie elektrofizjologiczne, grupa JGP-E44;ICD9-37.261 orazzłotych za szkolenie personelu,
- zł za ablację, grupa JGP:-E43;ICD9-37.341,37.342 oraz złotych za szkolenie personelu,
- złotych za ablację migotania przedsionków, grupa JGP:-E48 oraz złotych za szkolenie personelu,

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

.....