

O F E R T A***o udzielanie świadczeń zdrowotnych**

Niniejszym składam ofertę na przyjęcie obowiązków udzielania świadczeń zdrowotnych w :

1. Oddziale Laryngologicznym z przypisaną Poradnią
2. Specjalistycznym i Podstawowych Zespołach Ratownictwa Medycznego

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 zobowiązuje się wykonywać za kwotę:

LEKARZ:

Wariant I: w Oddziale Laryngologicznym z przypisaną Poradnią:

- za udzielanie świadczeń zdrowotnych bez względu na ordynację :zł/godz.

Wariant II: w Oddział Laryngologicznym z przypisaną Poradnią:

- za udzielanie świadczeń zdrowotnych bez względu na ordynację : zł/godz.
- za udzielanie świadczeń w Poradni Otorynolaryngologicznej : zł/punkt

RATOWNIK MEDYCZNY:

- w specjalistycznym i podstawowych zespołach ratownictwa medycznego: zł/godz.

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

(przedmiot którego dotyczy oferta należy podkreślić)