

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

Niniejszym składam ofertę na przyjęcie obowiązków udzielania świadczeń zdrowotnych w* :

1. Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Poradnią Anestezjologiczną ;
2. Zakładzie Diagnostyki Obrazowej obejmującej Pracownię Rentgenodiagnostyki, Pracownię Tomografii Komputerowej, Pracowni Rezonansu Magnetycznego;

Dane adresowe

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

Adres

Telefon e-mail:.....

Posiadane specjalizacje

Numer właściwego rejestru

NIP.....

REGON

Nr działalności gospodarczej

Oferta cenowa

Przedmiot zamówienia zobowiązuję się wykonywać za kwotę:

1. Lekarze w Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Poradnią Anestezjologiczną :

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

2. Technicy RTG w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej obejmującej Pracownię Rentgenodiagnostyki, Pracownię Tomografii Komputerowej, Pracowni Rezonansu Magnetycznego:

- z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w wyżej wymienionych Pracowniach w dni powszednie w normalnej ordynacji w godz. 8.00-20.00 - stawka **za godzinę**, poza normalną ordynacją w godz. 20.00 - 8.00 dnia następnego stawka **za godzinę**
- z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w wyżej wymienionych Pracowniach w dni wolne od pracy tj. w sobotę, niedzielę i święta - **stawka za godzinę**

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)