

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

Niniejszym składam ofertę na przyjęcie obowiązków udzielania świadczeń zdrowotnych w:

1. Oddziale Wewnętrznym z Poradnią Chorób Wewnętrznych

**Dane adresowe**

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

Adres .....

Telefon .....

Posiadane specjalizacje .....

Numer właściwego rejestru .....

NIP.....

REGON .....

Nr działalności gospodarczej .....

**Oferta cenowa**

Przedmiot zamówienia zobowiązuję się wykonywać za kwotę:

**LEKARZ:****I wariant:**

1. Oddział Wewnętrzny z Poradnią Chorób Wewnętrznych :
  - udzielanie świadczeń zdrowotnych w normalnej ordynacji: ..... zł/godz.
  - udzielanie świadczeń zdrowotnych poza normalną ordynacją : .....zł/godz.

**II wariant :**

1. Oddział Wewnętrzny z Poradnią Chorób Wewnętrznych:
  - udzielanie świadczeń zdrowotnych bez względu na ordynację: ..... 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.

Ciechanów dnia .....

.....

(podpis)

\*właściwe podkreślić

- (przedmiot którego dotyczy oferta należy podkreślić)