

O F E R T A*
o udzielanie świadczeń zdrowotnych

Niniejszym składam ofertę na przyjęcie obowiązków udzielania świadczeń zdrowotnych w :

1. Nadzór i udzielanie konsultacji w Pracowni Elektrofizjologii, Poradni Kontroli Stymulatorów w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie.

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:

- ryczałt miesięczny: zł

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 wynosilat.
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)

- *(przedmiot którego dotyczy oferta należy podkreślić)*