

O F E R T A
o udzielanie świadczeń zdrowotnych

Niniejszym składam ofertę na przyjęcie obowiązków udzielania świadczeń zdrowotnych :*

1. w Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym z Poradnią Chorób Zakaźnych
2. w Oddziale Wewnętrznym z Poradnią Chorób Wewnętrznych
3. w Pododdziale Pulmonologicznym z Poradnią Chorób Płuc i Gruźlicy
4. w Oddziale Chirurgii Dziecięcej z Poradnią Chirurgii Dziecięcej i Preluksacyjną
5. w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

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 zobowiązuję się wykonywać za kwotę:

Lekarz:

1. w Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym, w Oddziale Wewnętrznym, w Pododdziale Pulmonologicznym z przypisaną poradnią :

I wariant:

- za udzielanie świadczeń w Oddziale bez względu na ordynację -...../zł godz.
- za udzielanie świadczeń w Poradni - zł/pkt

II wariant:

- za udzielanie świadczeń zdrowotnych bez względu na ordynację w Oddziale z przypisaną Poradnią - zł/godz.

2. w Oddziale Chirurgii Dziecięcej z Poradnią Chirurgii Dziecięcej i Preluksacyjną :

I wariant:

- za udzielanie świadczeń w Oddziale bez względu na ordynację -zł/godz.
- za gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych (tzw. telefonem) :.....zł/godz., a po przybyciu na miejsce udzielania świadczeń : zł/godz.
- za pracę w Poradni Chirurgii Dziecięcej i Preluksacyjnej:zł/pkt

II wariant :

- za udzielanie świadczeń zdrowotnych bez względu na ordynację w Oddziale z przypisaną Poradnią - zł/godz.
- za gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych (tzw. telefonem) :.....zł/godz., a po przybyciu na miejsce udzielania świadczeń : zł/godz.

3. w *Szpitalnym Oddziale Ratunkowym*: za 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.
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