

OFERTA NA PRZYJĘCIE OBOWIĄZKU PEŁNIENIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

LEKARZ KIERUJĄCY ODDZIAŁEM

I DANE OFERENTA	
1. IMIĘ	2. NAZWISKO
3. PESEL	4. NIP
5. DATA URODZENIA	6. TELEFON
7. FIRMA, pod którą prowadzona jest praktyka lekarska:	
8. ADRES ZAMIESZKANIA	
ADRES DO KORESPONDENCJI (jeśli jest inny)	
9. LATA STAŻU PRACY	10. NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU (DOŁĄCZYĆ POTWIERDZONĄ KSEROKOPIĘ)
11. POSIADANA SPECJALIZACJA Z OKREŚLENIEM STOPNIA SPECJALIZACJI (DOŁĄCZYĆ POTWIERDZONĄ KSEROKOPIĘ)	
12. NR KSIĘGI REJESTROWEJ	13. ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ
II OŚWIADCZENIE	
1. Ja niżej podpisany, oświadczam, że zapoznałem się z:	
* Treścią ogłoszenia o konkursie ofert na przyjęcie obowiązku pełnienia świadczeń zdrowotnych w ramach umowy cywilnoprawnej,	
* Przepisami ustawy o działalności leczniczej,	
* Regulaminem przeprowadzania konkursu,	
* Projektem umowy o udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.	
2. Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczeń zdrowotnych objętych umową oraz zobowiązuję się do utrzymania jej ważności przez cały okres trwania umowy (dołączyć potwierdzoną kserokopię polisy ubezpieczeniowej)	
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z zawarciem umowy cywilnoprawnej. Zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.	
4. Informuję, że WS-SP ZOZ w Zgorzelcu będzie moim * miejscem świadczenia usług. * <i>wpisać odpowiednio: podstawowym lub dodatkowym</i>	
..... PODPIS OFERENTA	
III OFERTA SZCZEGÓŁOWA	
1. Oferuję wykonywanie - udzielanie świadczeń zdrowotnych w WS-SP ZOZ w Zgorzelcu w (nazwa komórki organizacyjnej)	
2. Oferuję wykonywanie - udzielanie świadczeń zdrowotnych, w razie potrzeby Zamawiającego, w innych komórkach organizacyjnych:	
3. Warunki umowy (miesięcznie, dni, godziny, dyżury, itp.)	
4. Za zryczałtowaną stawkę wynagrodzenia Brutto Oraz	
5. Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od do	
..... PODPIS OFERENTA	
IV OPINIA Z-CY DYREKTORA DS. LECZNICTWA:	
..... Z-CA DYREKTORA DS. LECZNICTWA	
..... DYREKTOR	