

**OFERTA NA PRZYJĘCIE OBOWIĄZKU PEŁNIENIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
PIELĘGNIARKA, POŁOŻNA**

| I DANE OFERENTA | |
|--|--|
| 1. IMIĘ | 2. NAZWISKO |
| 3. PESEL | 4. NIP |
| 5. DATA URODZENIA (dd-mm-rr) | TELEFON |
| 6. FIRMA, pod którą prowadzona jest praktyka: | |
| 7. ADRES ZAMIESZKANIA | |
| ADRES DO KORESPONDENCJI (jeśli jest inny) | |
| 8. LATA STAŻU PRACY | 9. NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU (DOŁĄCZYĆ POTWIERDZONĄ KSEROKOPIĘ) |
| 10. WYKSZTAŁCENIE, POSIADANA SPECJALIZACJA Z OKREŚLENIEM ZAKRESU (DOŁĄCZYĆ POTWIERDZONĄ KSEROKOPIĘ) | |
| 11. NR KSIĘGI REJESTROWEJ | 12. ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ |
| II OŚWIADCZENIE | |
| 1. Ja niżej podpisany, oświadczam, że zapoznałem się z: <ul style="list-style-type: none"> * 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 * wpisać odpowiednio: podstawowym lub dodatkowym | |
| 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. Przysługująca należność Brutto oraz | |
| 5. Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od do..... | |
| PODPIS OFERENTA | |
| IV OPINIA PRZEŁOŻONEJ PIELĘGNIAREK: | |
| | |
| PODPIS PRZEŁOŻONEJ PIELĘGNIAREK | |
| DYREKTOR | |