

**OFERTA NA PRZYJĘCIE OBOWIĄZKU PEŁNIENIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
PERSONEL MEDYCZNY INNY**

<b>I DANE OFERENTA</b>	
1. .... IMIE	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 WYKONYW. ZAWODU (DOŁĄCZYĆ POTWIERDZONĄ KOPIĘ)
10. .... POSIADANA SPECJALIZACJA Z OKREŚLENIEM STOPNIA SPECJALIZACJI (DOŁĄCZYĆ POTWIERDZONĄ KOPIĘ)	
11. .... POSIADANE WYKSZTAŁCENIE (DOŁĄCZYĆ POTWIERDZONĄ KOPIĘ)	12. .... ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ
<b>II OŚWIADCZENIE</b>	
<p>1. <b>Ja niżej podpisany, oświadczam, że zapoznałem się z:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Treścią ogłoszenia o konkursie ofert na przyjęcie obowiązku pełnienia świadczeń zdrowotnych w ramach umowy cywilnoprawnej,</li> <li>* Przepisami ustawy o działalności leczniczej,</li> <li>* Regulaminem przeprowadzania konkursu,</li> <li>* Projektem umowy o udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.</li> </ul> <p>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 (<b>dołączyć potwierdzoną kserokopię polisy ubezpieczeniowej</b>)</p> <p>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.</p> <p>4. Informuję, że WS-SP ZOZ w Zgorzelcu będzie moim ..... * miejscem świadczenia usług * <b>wpisać odpowiednio: podstawowym lub dodatkowym</b></p> <p style="text-align: right;">..... <b>PODPIS OFERENTA</b></p>	
<b>III OFERTA SZCZEGÓŁOWA</b>	
<p>1. Oferuję wykonywanie - udzielanie świadczeń zdrowotnych w WS-SP ZOZ w Zgorzelcu, w ..... (nazwa komórki organizacyjnej)</p> <p>2. Oferuję wykonywanie - udzielanie świadczeń zdrowotnych, w razie potrzeby Zamawiającego, w innych komórkach organizacyjnych:.....</p> <p>3. Warunki umowy (miesięcznie, dni, godziny, dyżury, itp.) .....</p> <p>4. Przysługująca należność ..... Brutto oraz .....</p> <p>5. Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od ..... do .....</p> <p style="text-align: right;">..... <b>PODPIS OFERENTA</b></p>	
<b>IV OPINIA KIEROWNIKA KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ</b>	
<p>.....</p> <p style="text-align: right;">..... <b>PODPIS KIEROWNIKA KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ</b></p>	
<p style="text-align: right;">..... <b>DYREKTOR</b></p>	