

**OFERTA****na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie „Dyżury Lekarskie w ZRM”**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęćka oferenta)

**OFERTA****1. DANE OFERENTA:**

PEŁNA NAZWA			
PESEL		NR PWZ	
ADRES ZAMIESZKANIA			
ADRES SIEDZIBY			
TEL. KONTAKTOWY		EMAIL	
NIP		REGON	

**2. PRZEDMIOT OFERTY:**

1) Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie „Dyżury Lekarskie w ZRM” Szpitala Puckiego Sp. z o.o. w Pucku w ilości  miesięcznie (wpisać **MINIMALNĄ liczbę godzin**)

2) Staż pracy w zawodzie na dzień złożenia oferty, wynosi (odpowiednie zaznaczyć **X**):

od 2 do 5 lat		6-10 lat		11-20 lat		21-30 lat		pow. 30 lat	
---------------	--	----------	--	-----------	--	-----------	--	-------------	--

3) Oświadczam, iż (odpowiednie zaznaczyć **X**):

jestem po drugim roku specjalizacji	posiadam specjalizację na starych zasadach I stopień	posiadam tytuł lekarza specjalisty (na starych zasadach II stopień specjalizacji lub lekarz specjalista na nowych zasadach).

4) Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią ogłoszenia w sprawie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych i szczegółowymi warunkami konkursu oraz z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych w procesie postępowania konkursowego.

5) Oświadczam, iż akceptuję warunki proponowanych zapisów umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

6) Gwarantuję ciągłość świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszeń warunków zawartej umowy.

7) Oświadczam, iż posiadam aktualną umowę OC za szkody przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych i zobowiązuję się, w przypadku przyjęcia mojej oferty, do dostarczenia jej kopii najpóźniej w dniu zawarcia umowy.

8) Za realizację umowy oczekuję wynagrodzenia:

	brutto za godz.	słownie:
--	-----------------	----------

**OFERTA****3. DODATKOWE PROPOZYCJE ZGŁASZANE PRZEZ OFERENTA:**

.....

.....

.....

.....

**4. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY (odpowiednie załączone zaznaczyć X):**

prawo wykonywania zawodu	dokumenty potwierdzające wykształcenie i kwalifikacje	Ksero-kopia polisy OC + dowód zapłaty	zaświadczenia lekarskie	zaświadczenie o przeszkoleniu BHP i p.poż
Oświadczenie o niefigurowaniu w rejestrze karnym i rejestrze na tle seksualnym			zaświadczenie RPWDL	

.....  
(podpis oferenta)

Szpital Pucki Sp. z o.o.