

OFERTA**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie „Lekarz Radiolog”**

.....
(miejscowość, 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 „Lekarz Radiolog” 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	zaświadczenie lekarskie	zaświadczenie o przeszkoleniu BHP i p.poż	zaświadczenie RPWDL

.....
(podpis oferenta)