

OFERTA**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie „Lekarza wraz z pełnieniem funkcji
Ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych”**.....
(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 „**Lekarz wraz z pełnieniem funkcji Ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych**” Puckiego Sp. z o.o. w Pucku w ilości:

a) maksymalna ilość godzin będzie wynosiła ,b) maksymalna ilość godzin dyżurów medycznych będzie wynosiła .

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

od 2 do 5 lat	<input type="checkbox"/>	6-10 lat	<input type="checkbox"/>	11-20 lat	<input type="checkbox"/>	21-30 lat	<input type="checkbox"/>	pow. 30 lat	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	-------------	--------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------	--------------------------

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

jestem po drugim roku specjalizacji	<input type="checkbox"/>	posiadam specjalizację na starych zasadach I stopień	<input type="checkbox"/>	posiadam tytuł lekarza specjalisty (na starych zasadach II stopień specjalizacji lub lekarz specjalista na nowych zasadach).	<input type="checkbox"/>

- 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.

OFERTA

- 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 ryczałt/m-c	słownie:	pełnienie obowiązków ordynatora
	brutto za godz.	słownie:	pełnienie obowiązków lekarza

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	Orzeczenie lekarskie i orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych	zaświadczenie o przeszkoleniu BHP i p.poż
Oświadczenie o niefigurowaniu w rejestrze karny i rejestrze na tle seksualnym			zaświadczenie RPWDL	

.....
(podpis oferenta)