|  |  |
| --- | --- |
|  | Jelenia Góra, dnia |
| OFERTA NA PRZYJĘCIE OBOWIĄZKU PEŁNIENIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH – EDUKACJA PROZDROWOTNA W RAMACH PROGRAMU PROFILAKTYKI: | |
| **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 lekarska/pielęgniarska: | |
| 7. ADRES ZAMIESZKANIA |  |
| ADRES DO KORESPONDENCJI (jeśli jest inny) |  |
| 8  LATA STAŻU PRACY | 9  **NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU (DOŁĄCZYĆ POTWIERDZONĄ KSEROKOPIĘ)** |
| 10  **POSIADANA SPECJALIZACJA Z OKREŚLENIEM STOPNIA SPECJALIZACJI (DOŁĄCZYĆ POTWIERDZONĄ KSEROKOPIĘ)** | |
| 11  **NR KSIĘGI REJESTROWEJ Z WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW PROWADZĄCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ** | |
| **II OŚWIADCZENIE**   1. Ja niżej podpisany, oświadczam, że zapoznałem się z:  * Treścią ogłoszenia o konkursie ofert na przyjęcie obowiązku pełnienia świadczeń zdrowotnych zgodnie z projektem umowy, * Przepisami ustawy o działalności leczniczej, * Regulaminem przeprowadzania konkursu, * Projektem umowy o udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.  1. 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) 2. 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.   1. Informuję, że NZOZ LEKARZ RODZINNY w JELENIEJ GÓRZE będzie moim **\*** miejscem świadczenia usług | |
|  | **PODPIS OFERENTA** |
| **III OFERTA SZCZEGÓŁOWA**  1 .Oferuję wykonywanie - udzielanie świadczeń zdrowotnych – edukacji prozdrowotnej zgodnie z projektem umowy w Poradni NZOZ LEKARZ RODZINNY  2. Warunki umowy (ilość godzin.) | |
| 1. Przysługująca należność PROJEKT NR 1 Brutto/miesiąc   PROJEKT NR 2 Brutto/miesiąc  PROJEKT NR 2 Brutto/miesiąc   1. Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od do …………………………………….. | |
|  | **……………………………………………………………………………………..**  **PODPIS OFERENTA** |

