Zgorzelec, dnia …..

OFERTA NA PRZYJĘCIE OBOWIĄZKU PEŁNIENIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

LEKARZ

I DANE OFERENTA

1. IMIĘ	2. NAZWISKO
3. PESEL	4. NIP
5. DATA URODZENIA	6. TELEFON

7. FIRMA, pod którą prowadzona jest praktyka lekarska:

8. ADRES ZAMIESZKANIA:

ADRES DO KORESPONDENCJI (jeśli jest inny): -

9. LATA STAŻU PRACY	10. NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU (DOŁĄCZYĆ POTWIERDZONĄ KSEROKOPIĘ)

11. POSIADANA SPECJALIZACJA Z OKREŚLENIEM STOPNIA SPECJALIZACJI (DOŁĄCZYĆ POTWIERDZONĄ KSEROKOPIĘ)

12. NR KSIĘGI REJESTROWEJ	13. ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ

II OŚWIADCZENIE

1. Ja niżej podpisany, oświadczam, że zapoznałem się z:
   * Treścią ogłoszenia o konkursie ofert na przyjęcie obowiązku pełnienia świadczeń zdrowotnych w ramach umowy cywilnoprawnej,
   * Przepisami ustawy o działalności leczniczej,
   * Regulaminem przeprowadzania konkursu,
   * Projektem umowy o udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.
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 **(dołączyć potwierdzoną kserokopię polisy ubezpieczeniowej)**
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.
4. Informuję, że WS-SP ZOZ w Zgorzelcu będzie moim podstawowym/dodatkowym* miejscem świadczenia usług

**niepotrzebne wykreślić*

PODPIS OFERENTA

III OFERTA SZCZEGÓŁOWA

1. Oferuję wykonywanie - udzielanie świadczeń zdrowotnych w WS-SP ZOZ w Zgorzelcu w:

2. Oferuję wykonywanie - udzielanie świadczeń zdrowotnych, w razie potrzeby Zamawiającego, w innych

3. Warunki umowy (miesięcznie, dni, godziny, dyżury, itp.):

4. Za zryczałtowaną stawkę wynagrodzenia brutto:

5. Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

od *do*

PODPIS OFERENTA

IV OPINIA LEKARZA KIEROWNIKA ODDZIAŁU:

PODPIS LEKARZA KIEROWNIKA ODDZIAŁU

DYREKTOR