

OFERTA NA PRZYJĘCIE OBOWIĄZKU PEŁNIENIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

PIELĘGNIARKA, POŁOŻNA

| I DANE OFERENTA | |
|--|--|
| 1. IMIĘ | 2. NAZWISKO |
| 3. PESEL | 4. NIP |
| 5. DATA URODZENIA | 6. TELEFON |
| 7. FIRMA, pod którą prowadzona jest praktyka: | |
| 8. ADRES ZAMIESZKANIA: | |
| ADRES DO KORESPONDENCJI (jeśli jest inny): | |
| 9. LATA STAŻU PRACY | 10. NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU (DOŁĄCZYĆ POTWIERDZONĄ KSEROKOPIĘ) |
| 11. WYKSZTAŁCENIE, POSIADANA SPECJALIZACJA Z OKREŚLENIEM ZAKRESU (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 | |
| * <i>niepotrzebne skreślić</i> | |
| _____ PODPIS OFERENTA | |
| III OFERTA SZCZEGÓŁOWA | |
| 1. Oferuję wykonywanie - udzielanie świadczeń zdrowotnych w WS-SP ZOZ w Zgorzelcu w: (nazwa komórki organizacyjnej) | |
| 2. Oferuję wykonywanie - udzielanie świadczeń zdrowotnych, w razie potrzeby Zamawiającego, w innych komórkach organizacyjnych: | |
| 3. Warunki umowy (miesięcznie, dni, godziny, dyżury, wymiar godzin itp.): | |
| 4. Przysługująca należność brutto (m-c, godz., %): | |
| 5. Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne | |
| od _____ do _____ | |
| _____ PODPIS OFERENTA | |
| IV OPINIA PRZEŁOŻONEJ PIELĘGNIAREK : | |
| PODPIS PRZEŁOŻONEJ PIELĘGNIAREK | |
| DYREKTOR | |