

OFERTA NA PRZYJĘCIE OBOWIĄZKU PEŁNIENIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

I. DANE OFERENTA

1.
Imię/ imiona
2.
nazwisko
3.
firma, pod którą prowadzona jest praktyka lekarska
.....
adres zamieszkania
.....
adres do korespondencji (jeśli jest inny)
4.
nr telefonu, adres e-mail
5.
PESEL
6.
NIP
7.
numer konta do rozliczeń między stronami umowy
8.
doświadczenie zawodowe (należy wpisać okres wykonywania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot)
9.
uzyskane specjalizacje
10.
Nr prawa wykonywania zawodu
11.
Nr księgi rejestrowej

II. OŚWIADCZENIE OFERENTA :

1. Ja niżej podpisana/y oświadczam, że zapoznałam/em się z:

- a) treścią ogłoszenia o konkursie ofert na przyjęcie obowiązku pełnienia świadczeń zdrowotnych w ramach umowy cywilnoprawnej,
- b) przepisami ustawy o działalności leczniczej,
- c) regulaminem przeprowadzania konkursu,
- d) projektem umowy o udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne,
- e) klauzulą informacyjną RODO.

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. Informuję, że Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu będzie moim podstawowym/dodatkowym* miejscem świadczenia usług.

.....
PODPIS OFERENTA

III OFERTA SZCZEGÓŁOWA

W przypadku chęci kontynuowania udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu – tak jak w umowie z dnia

lub:

1. Oferuję wykonywanie - udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu

w (nazwa komórki organizacyjnej)

2. Warunki umowy (miesięcznie, dni, godziny, dyżury, itp.)

3. Za zryczałtowaną stawkę/ stawkę godzinową* wynagrodzenia brutto

oraz

4. Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od

do

PODPIS OFERENTA