

OFERTA NA PRZYJĘCIE OBOWIĄZKU PEŁNIENIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

I. DANE OFERENTA

1.

Imię/ imiona

2.

nazwisko

3.

firma, pod którą prowadzona jest praktyka

.....
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 lata stażu pracy)

9.

wykształcenie, posiadana specjalizacja z określeniem zakresu

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