

O F E R T A
przyjęcia obowiązków udzielania świadczeń zdrowotnych
przez lekarza w zakresie

.....

1. Imię nazwisko:

.....

adres:

.....
.....

2. Dyplom ukończenia studiów medycznych nr.....wydany przez

.....

3. Prawo wykonywania zawodu nrwydane przez:.....

.....
.....

4. Kwalifikacje zawodowe (stopień specjalizacji, zakres, nr dyplomu, przez kogo wydany):

.....
.....

5. Zezwolenie na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej

nr..... wydane przez

wpis do ewidencji działalności gospodarczej: nr

nazwa praktyki

adres

telefon: fax:

6. Dodatkowe kwalifikacje i uprawnienia:

.....
.....
.....

7. Ukończone kursy:

.....
.....

8. Proponowana kwota brutto należności za jednostkę rozliczeniową (**1 usługę/1 godzinę ***)

(udzielania świadczeń zdrowotnych):

| Lp | Rodzaj świadczenia | jednostka rozliczeniowa | cena brutto za jednostkę |
|----|--------------------|-------------------------|--------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

9. Proponowana **ilość godzin** udzielania oferowanych świadczeń zdrowotnych

..... tygodniowo/miesięcznie lub szczegółowo*):

Dzień tygodnia: w godzinach od do

.....
.....
.....

10. Proponowany czas trwania umowy:

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia Dyrektora SP ZZUZ w Kozienicach w sprawie ogłoszenia konkursu i zaproszenia do składania ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla uprawnionych pacjentów SP ZZUZ w Kozienicach oraz szczegółowymi warunkami konkursu.

Do niniejszej oferty załączam:

1. Kserokopię dyplomu ukończenia studiów medycznych
2. Kserokopię zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu
3. Kserokopie dyplomów specjalizacyjnych
4. Kserokopię wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich
6. Kserokopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.
7. Kserokopie zaświadczeń o uzyskaniu dodatkowych kwalifikacji i uprawnień

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów ogłoszonego konkursu ofert (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku Dz.U. nr 2014.1182 z późn.zm.)

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć i podpis Oferenta

*) - niepotrzebne skreślić