

**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 nr ..... wydane przez:.....  
.....  
.....

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

5. Wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą  
nr..... prowadzony przez .....  
.....

wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej:

NIP:....., REGON: .....

nazwa praktyki .....

adres .....

telefon: ....., fax: ....., email: .....

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 ZZOZ w Kozienicach w sprawie ogłoszenia konkursu i zaproszenia do składania ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla uprawnionych pacjentów SP ZZOZ w Kozienicach oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert.

**Do niniejszej oferty załączam niżej wymienione dokumenty/ Oświadczam, że niżej wymienione dokumenty znajdują się w posiadaniu Udzielającego Zamówienia\*):**

**\*) - niepotrzebne skreślić**

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
5. Kserokopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub wydruk ze strony internetowej z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
6. 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 10 maja 2018 r. (tj. Dz.U. z 2019 r. poz. 1781)

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczęć i podpis Oferenta