

**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
PRZEZ LEKARZA CHIRURGA W PORADNI CHIRURGICZNEJ MSPR W GDYNI**

DANE O OFERENCIE:

Nazwisko i Imię

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL.....

Adres z kodem pocztowym.....

Pełna nazwa prowadzonej działalności gospodarczej
.....
.....

NIP.....

REGON.....

Numer wpisu do właściwego rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk i
organ dokonujący wpisu
.....
.....

Droga informowania oferenta o przebiegu konkursu:

e-mail:.....

tel. kom.....

tel. domowy.....

adres do korespondencji:.....

Staż w zawodzie LEKARZA: lat.

Obecne miejsce zatrudnienia (podać formę zatrudnienia i nazwę zakładu)
.....
.....
.....
.....

Oferuję:

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych jako lekarz w Poradni Chirurgicznej przy

ul. Żwirki i Wigury 14:

- stawkę za 1 godzinę dyżuru w ramach udzielania świadczeńzł.,
 - proponowany czas pracy
- | | | |
|--------------|------------------|----------|
| Poniedziałek | w godz. od | do |
| Wtorek | w godz. od | do |
| Środa | w godz. od | do |
| Czwartek | w godz. od | do |
| Piątek | w godz. od | do |
| Sobota | w godz. od | do |
| Niedziela | w godz. od | do |

2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych jako lekarz w Poradni Chirurgicznej przy

ul. Białowieskiej 1:

- stawka za wykonany 1 punkt rozliczeniowy z zakresu chirurgii ogólnej/zabiegowej w ramach udzielania świadczeń zdrowotnychzł/pkt.,
 - proponowany czas pracy
- | | | |
|--------------|------------------|----------|
| Poniedziałek | w godz. od | do |
| Wtorek | w godz. od | do |
| Środa | w godz. od | do |
| Czwartek | w godz. od | do |
| Piątek | w godz. od | do |

Załączam następujące dokumenty:

- a. prawo wykonywania zawodu lekarza z oświadczeniem o braku ograniczeń,
- b. dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie będącej przedmiotem konkursu,
- c. zaświadczenie o rozpoczęciu specjalizacji lekarza
- d. zaświadczenia o ukończonych szkoleniach medycznych
- e. w przypadku zawodów regulowanych zaświadczenie o wpisie do odpowiedniego rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk tj:
 - indywidualna praktyka lekarska (stacjonarna)
 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska (stacjonarna)
 - indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem
 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem,
- f. dokument potwierdzający wpis do ewidencji działalności gospodarczej oraz numer NIP i REGON,
- g. kopię zaświadczenia lekarskiego o zdolności do pracy,

- h. kopię zaświadczenia o przeszkoleniu BHP,
- i. kopię polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej lub oświadczenie, że odpis polisy dostarczy w dniu podpisania umowy

Nazwa banku i numer konta

.....

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert oraz zasadami i szczegółowymi warunkami konkursu i nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń.

Data

.....

Podpis oferenta