

Zgorzelec, dnia

**OFERTA NA PRZYJĘCIE OBOWIĄZKU PEŁNIENIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
PERSONEL MEDYCZNY INNY**

I DANE OFERENTA	
1. IMIĘ	2. NAZWISKO
3. PESEL.....	4. NIP.....
5. DATA URODZENIA (dd-mm-rr) TELEFON
6. FIRMA, pod którą prowadzona jest praktyka:	
7. ADRES ZAMIESZKANIA ADRES DO KORESPONDENCJI (jeśli jest inny)	
8. LATA STAŻU PRACY	9. NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU (DOŁĄCZYĆ POTWIERDZONĄ KSEROKOPIĘ)
10. POSIADANA SPECJALIZACJA Z OKREŚLENIEM STOPNIA SPECJALIZACJI (DOŁĄCZYĆ POTWIERDZONĄ KSEROKOPIĘ)	
11. POSIADANE WYKSZTAŁCENIE (DOŁĄCZYĆ POTWIERDZONĄ KSEROKOPIĘ)	
II OŚWIADCZENIE	
1. Ja niżej podpisany, oświadczam, że zapoznałem się z: * Treścią ogłoszenia o konkursie ofert na przyjęcie obowiązku pełnienia świadczeń zdrowotnych w ramach umowy cywilnoprawnej, * Przepisami ustawy o działalności leczniczej, * Regulaminem przeprowadzania konkursu, * Projektem umowy o udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.	
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. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z zawarciem umowy cywilnoprawnej. Zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.	
4. Informuję, że WS-SP ZOZ w Zgorzelcu będzie moim * miejscem świadczenia usług * wpisać odpowiednio: podstawowym lub dodatkowym	
PODPIS OFERENTA	
III OFERTA SZCZEGÓŁOWA	
1. Oferuję wykonywanie - udzielanie świadczeń zdrowotnych w WS-SP ZOZ w Zgorzelcu, w (nazwa komórki organizacyjnej)	
2. Oferuję wykonywanie - udzielanie świadczeń zdrowotnych, w razie potrzeby Zamawiającego, w innych komórkach organizacyjnych:.....	
3. Warunki umowy (miesięcznie, dni, godziny, dyżury, itp.)	
4. Przysługująca należność Brutto oraz	
5. Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od do	
PODPIS OFERENTA	
IV OPINIA LEKARZA KIERUJĄCEGO ODDZIAŁEM:	
.....	
PODPIS LEKARZA KIERUJĄCEGO ODDZIAŁEM	
.....	
DYREKTOR	