Świdnica, dnia .....

OFERTA NA PRZYJĘCIE OBOWIĄZKÓW UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

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 RODZAJU (**DOŁĄCZYĆ POTWIERDZONĄ KSEROKOPIĘ**)

11 .....
NR KSIĘGI REJESTROWEJ Z WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW PROWADZĄCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

II OŚWIADCZENIE

A) Ja niżej podpisany, oświadczam, że zapoznałem się z:

a) treścią ogłoszenia o konkursie ofert na przyjecie obowiązku udzielania świadczeń medycznych w ramach umowy cywilnoprawnej
b) przepisami ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. 2018 poz. 2190.)
c) przepisami ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2018 poz.2130)
c) Regulaminem przeprowadzania konkursu,
d) Projektem umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne.

B) Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczeń zdrowotnych objetych umową (**dołączyć potwierdzoną kserokopię polisy ubezpieczeniowej**)

C) Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z zawarciem umowy cywilnoprawnej. Zostałem poinformowany o prawie dostepu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

D) Informuję, że SPZOZ PPR w Świdnicy jest moim …… ***** miejscem świadczenia usług

*** wpisać odpowiednio: podstawowym lub dodatkowym**

.....
PODPIS OFERENTA

III OFERTA SZCZEGÓŁOWA

Oferuję wykonywanie - udzielanie świadczeń zdrowotnych w (nazwa komórki organizacyjnej)

w ..... SP ZOZ PPR w Świdnicy,

w ramach zepołów ratownictwa medycznego / nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej*

Warunki umowy (dni, godziny, dyżury, całodobowe itp..) ……..……
……

Za 1 godzinę świadczenia usług w ramach ZRM w dni robocze proponuję stawkę .....…... Brutto
Za 1 godzinę świadczenia usług w ramach ZRM w niedziele i święta proponuję stawkę ..... Brutto
Za 1 godzinę świadczenia usług w ramach N i Ś OZ proponuję stawkę …..... Brutto
Za 1 godzinę świadczenia usług w transporcie san. w dni robocze proponuje stawkę .....Brutto
Za 1 godzinę świadczenia usług w transporcie san. w niedziele i święta proponuje stawkę .....Brutto

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od .....

do ……..

.....
PODPIS OFERENTA

IV DECYZJA KOMISJI KONKURSOWEJ:

.....

…… .....
PODPIS KOMISJI KONKURSOWEJ

……..
DYREKTOR