

Oferta

Składam ofertę na konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

.....

.....

w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie.

I. Dane o ofercie:

Imię i nazwisko:

adres:

specjalizacja:

prawo wykonywania zawodu nr wydane
przez.....

wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

.....

nazwa działalności:

adres:

NIP REGON

dane do kontaktu telefon lub e-mail

II. Proponowana kwota należności za udzielanie świadczenia:

- w dni powszednie, soboty, niedziele i świętazł/h

- kontrakt całonocnyzł/h

- inne warunki wynagrodzenia (np. procent lub kwota za zrealizowaną procedurę, badanie)

.....

.....

.....

.....

III. Proponowany czas trwania umowy:

IV. Załączniki:

1. Dyplom: lekarza/ ratownika medycznego, prawo wykonywania zawodu.

1. Kserokopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

2. Wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich (dotyczy lekarzy).

3. Wpis do ewidencji działalności gospodarczej.

4. Orzeczenie lekarskie o braku p/wskazań do pracy, szkolenia Bhp

5. inne dokumenty

V. OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie lekarz wynosi lat (dla indywidualnych praktyk lekarskich).

2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi Warunkami Konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że jestem związany z oferta przez 30dni.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oświadczam, że: wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie dla celów postępowania konkursowego oraz potrzeb niezbędnych do realizacji świadczeń medycznych określonych w ofercie, zgodnie z art.6 ust.1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

VI. INNE:

1. Zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez udzielającego Zamówienie harmonogramem.
2. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na świadczenia zdrowotne, zgodnie z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

.....
data

.....
podpis oferenta