

22 WOJSKOWY SZPITAL
UZDROWISKOWO-REHABILITACYJNY
SP ZOZ w Ciechocinku
87-720 Ciechocinek ul. Wojska Polskiego 5
NIP: 891-14-06-604, REGON: 910514039

Ciechocinek dnia

22 Wojskowy Szpital

Uzdrowiskowo – Rehabilitacyjny SPZOZ

87-720 Ciechocinek

ul. Wojska Polskiego 5

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie dyżuru lekarskiego w 22 Wojskowym Szpitalu Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjnym SPZOZ w Ciechocinku

I. Dane oferenta:

1. Imię i nazwisko oferenta
2. Adres
3. Nr telefonu
4. Adres e-mail
4. Nr REGON
5. NIP
6. Nr prawa wykonywania zawodu
7. Nr wpisu do rejestru praktyk lekarskich
8. Nazwa organu dokonującego wpisu

II. Kwalifikacje zawodowe oferenta:

.....
.....
.....



III. Oferta cenowa

Proponowane wynagrodzenie za udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie dyżuru lekarskiego w 22 Wojskowym Szpitalu Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjnym SPZOZ w Ciechocinku :

- 24 godz. w dni powszednie zł brutto
- 24 godz. w dni wolne od pracy, niedziele i święta zł brutto
- kwalifikacja lekarska pacjentów przed szczepieniem COVIDzł brutto za godzinę.

IV. Proponowany czas trwania umowy:

od dnia **01.01.2023r.** do dnia **31.12.2025r.**

V. Oferent oświadcza że:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych” i projektem umowy i nie zgłasza do nich zastrzeżeń;
2. w przypadku wybrania oferty zobowiązuje się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez udzielającego zamówienie oraz zobowiązuje się przedłożyć kopię ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
3. wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych.

.....

podpis oferenta

Załączniki:

1. kserokopia wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej;
2. kserokopia zaświadczenia o wpisie do rejestru praktyk lekarskich;
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu;
4. kserokopię umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,;

Załączniki muszą być poświadczone „**za zgodność z oryginałem**”, za wyjątkiem dokumentów generowanych systemowo.

