Załącznik nr 1

……..
(miejscowość, data)

……..
(pieczątka oferenta)

OFERTA
na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu KIEROWNIKA ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH

1. DANE OFERENTA:
   1) Pełna nazwa Oferenta: …….…….
   ……
   2) Adres **zamieszkania oferenta**: …….……
   3) Adres siedziby oferenta: ……
   4) tel. ……..… e-mail ……..
   5) NIP …… PESEL: ……. REGON: ……
   6) Zarejestrowany pod numerem …… w rejestrze podmiotów leczniczych prowadzonym przez ……
2. PRZEDMIOT OFERTY:
   1) Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **Kierownika oddziału chorób wewnętrznych** 115 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Helu.
   2) Staż pracy w zawodzie na dzień złożenia oferty, wynosi (odpowiednie zaznaczyć):
      a) do 5 lat,
      b) 6-10 lat,
      c) 11-20 lat,
      d) 21-30 lat,
      e) pow. 30 lat.
   3) Posiadam (odpowiednie zaznaczyć):
      a) rozpoczętą specjalizacją,
      b) specjalizację na starych zasadach I stopień,
      c) tytuł lekarza specjalisty (na starych zasadach II stopień specjalizacji lub lekarz specjalista na nowych zasadach).
   4) Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią ogłoszenia w sprawie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
   5) Oświadczam, iż akceptuję warunki umowy zaproponowane przez ogłaszającego konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
   6) Gwarantuję ciągłość świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszeń warunków zawartej umowy.
   7) Oświadczam, iż posiadam aktualną umowę OC za szkody przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych i zobowiązuję się, w przypadku przyjęcia mojej oferty, do dostarczenia jej kopii najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
   8) Za realizację umowy oczekuję wynagrodzenia:

   ……..…… zł brutto (słownie: ……..) brutto miesięcznie.
3. DODATKOWE PROPOZYCJE ZGŁASZANE PRZEZ OFERENTA:
   …… ……
4. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:
   1) prawo wykonywania zawodu,
   2) dyplom nadający tytuł lekarza,
   3) dokumenty potwierdzające kwalifikacje,
   4) kserokopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC,
   5) zaświadczenie lekarskie,
   6) zaświadczenie o przeszkoleniu BHP i p.poż,
   7) zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk lekarskich (księga rejestrowa),
   8) zaświadczenie o wpisie do rejestru działalności gospodarczej (CEIDG),
   9) zaświadczenie o nadaniu nr REGON,
   10) decyzja o nadaniu numeru NIP.

.

…….
(podpis oferenta)

115 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Helu