

OFERTA

Dane o ofercie

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

/imię i nazwisko lub nazwa, adres/

W związku z ogłoszeniem o konkursie ofert na kierowanie oddziałem szpitalnym w Samodzielnym Publicznym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu.

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz postanowieniami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Oferta obejmuje wykonywanie wszystkich czynności związanych z przedmiotem postępowania.
3. **Oferuję zrealizowanie przedmiotu zamówienia na kierowanie Całodobowym Oddziałem**

.....

w ilości do 23 godzin miesięcznie.

4. **Cena brutto za kierowanie oddziałemzł./ godz.**

5. Informacje dodatkowe:

.....
.....

6. Oświadczam, że zawarty w załączniku nr 2 do SWKO projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach. (W przypadku zastrzeżeń do postanowień projektu umowy - załączyć na piśmie propozycje innych zapisów).
7. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty.
8. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych wyłącznie dla celów realizacji umowy.
9. ZAŁĄCZNIKI:
 - (1) Dyplom ukończenia studiów medycznych.
 - (2) Dokument potwierdzający uzyskanie specjalizacje.
 - (3) Inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe.
 - (4) Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza.
 - (5) Kserokopia dowodu osobistego.
 - (6) Poświadczona kserokopia polisy OC lub w przypadku braku w chwili podpisania zobowiązanie do posiadania polisy OC w chwili rozpoczęcia świadczenia usług tj. od dnia 01.05.2018r.
 - (7) Oświadczenie oferenta, iż posiada aktualne badania lekarskie, niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych oraz aktualne szkolenia w zakresie BHP.

.....

miejsowość, data

.....

podpis i pieczęć oferenta