

Załącznik nr 1 do Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Specjalistycznym w Chorzowie.

Chorzów, dnia

*Szpital Specjalistyczny
w Chorzowie
ul. Zjednoczenia 10
41-500 Chorzów*

OFERTA

udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie psychiatrii w Oddziale Psychiatrycznym Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie

1. Dane Oferenta:

.....
(nazwa Oferenta)

.....
(adres)

Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres oferenta j.w.)

.....

2. Deklarowana liczba świadczeń w miesiącu

- ilość świadczeń w miesiącu.....

3. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

- a. złotych brutto za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych bez różnicowania na dni robocze i ustawowo wolne

4. Okres na jaki została złożona oferta (max. 5 lat)

.....

5. Doświadczenie zawodowe - staż pracy w Oddziale Psychiatrycznym

.....

6. Oświadczam, że wzór załączonej umowy został przeze mnie zaakceptowany.

7. Oświadczam, że uważam się za związaną/ego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu do składania ofert.

8. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z ogłoszeniem oraz „ Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

9. Oświadczam, że będę kontynuował /a ubezpieczenie OC w roku tj. do końca terminu obowiązywania przedmiotowej umowy.
10. Do formularza oferty należy dołączyć dokumenty zgodnie z punktem 3 „Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Specjalistycznym w Chorzowie”.
11. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2014, poz.1182 z późn. zm.).

.....
miejsowość, data

.....
(podpis osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)