

OFERTA

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH DLA **LEKARZY**
W REGIONALNYM SZPITALU SPECJALISTYCZNYM
IM. DR. WŁ. BIEGAŃSKIEGO W GRUDZIĄDZU.

IMIĘ

NAZWISKO

ADRES

KWALIFIKACJE ZAWODOWE

.....

1. Nr prawa wykonywania zawodu
2. Proponowany czas trwania umowy.....
3. Proponowany oddział / placówka.....
4. Przyjmuję warunki lokalowe oraz możliwość używania sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności wg woli Zamawiającego.
5. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia, regulaminem konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz z umową.
6. Oświadczam, iż znam obowiązującą u Zamawiającego kwotę należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych i wskazuję ją jako cenę w ofercie - wartość kontraktu oraz wyrażam zgodę na treść § 8 umowy.
7. Oświadczam, iż w przypadku wygrania konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym w Grudziądzu nie będę świadczył usług zdrowotnych na rzecz innych podmiotów prawnych, osób fizycznych ani też nie będę podejmować zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, zlecenia itp. u innych podmiotów chyba, że uzyskam zgodę Zamawiającego.

.....
(podpis oferenta)