

Ciechocinek dnia .....

**22 Wojskowy Szpital**

**Uzdrowskowo – Rehabilitacyjny SPZOZ**

**87-720 Ciechocinek**

**ul. Wojska Polskiego 5**

## **OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie dyżuru lekarskiego w 22 Wojskowym Szpitalu Uzdrowskowo-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 :

1. 19 godz. w dni powszednie (godz.13.00-8.00) ..... zł brutto,
2. 5 godz. w dni powszednie ( godz. 8.00-13.00) .....zł brutto,
3. 24 godz. w dni wolne od pracy, niedziele i święta (godz.8.00-8.00)..... zł brutto,

### **IV. Proponowany czas trwania umowy:**

od dnia **01.01.2026r.** do dnia **31.12.2028r.**

### **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.

