

FORMULARZ OFERTOWY

Niniejszym zgłaszam swoje uczestnictwo w konkursie ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry w Oddziale Wewnętrznym z Pododdziałem Geriatrycznym w Szpitalu Ogólnym w Kolnie

Uwaga!

Sposób wypełniania oferty przedstawiono na ostatniej stronie

Lp.	A	B	C
1	Imiona i nazwisko / Nazwa oferenta Imiona rodziców PESEL		
2	Adres korespondencyjny / nr kontaktowy		
3	Numer Prawa wykonywania zawodu/ dyplomu		
4	Okres obowiązywania polisy		
5	Kwalifikacje zawodowe (specjalizacja, kursy) Doświadczenie/ staż pracy w zawodzie		
6	Proponowana stawka 1) Praca w oddziałach szpitalnych – stawka godzinowa Proponowana ilość dyżurów	1) 2) 3)szt./godzin w miesiącu	
7	Proponowany czas trwania umowy	Odr. do r	

Uwaga!

1. Wypełnić czytelnie WIELKIMI literami.
2. W kolumnie A wskazano rodzaj wymaganej informacji, którą oferent podaje w kolumnie B. Kolumnę C wypełnia Komisja Konkursowa, przyznając punkty od 1 do 10.
3. W przypadku braku miejsca w niniejszym formularzu na podanie wszystkich danych, informacje należy zapisać na dodatkowej karcie i dołączyć do oferty.
4. Wszystkie strony ofert, załączniki oraz zapisy o zmianach w treści udzielanych informacji muszą być parafowane.

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW

Wraz z ofertą konkursową oraz oświadczeniami o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i akceptacji postanowień umowy, która zostanie podpisana z osobą wskazaną przez Komisję Konkursową :

1. Jako osoba prowadząca indywidualną/grupową praktykę lekarską składam:

☐ Kopię dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji zawodowych (w tym dyplom, prawo wykonywania zawodu, specjalizacje).

☐ Dokument potwierdzający doświadczenie zawodowe.

☐ Aktualne orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych,

☐ Aktualne zaświadczenie lekarskie – badania wstępne (od lekarza medycyny pracy)

☐ Oświadczenia oferenta o zapoznaniu się z treścią konkursowego,

☐ Oświadczenie oferenta o akceptacji postanowień umowy, która zostanie podpisana z osobą wskazaną wskazaną przez Komisję Konkursową

☐ Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego

☐ Inne (wymienić):

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

.....
data i podpis Oferenta