Specjalistyczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Koszalinie,
(75-252) Koszalin, ul. Niepodległości 44-48
tel. 943409542; fax 943423339; sekretariat@szgichp.med.pl

FORMULARZ OFERTOWY
OFERTA DLA

1/ Dane oferenta **:**

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania ……..……...……

Numer telefonu…….……

Nazwa i siedziba oferenta .....

…….…….……
/nazwa zgodna z treścią wydanego dokumentu w sprawie rejestracji działalności gospodarczej/

Wpis do CEIDG: REGON:…….……, NIP…….……..……...

2/ Proponowana cena na udzielanie świadczeń zdrowotnych /właściwe zakreślić/

a. w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w Pracowni Rentgenodiagnostyki i Pracowni USG:

- miesięczne wynagrodzenie ..... zł brutto;
- stawka na jedną godzinę pracy w miesiącu..... zł brutto.

b. w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w Pracowni Tomografii Komputerowej i Pracowni USG:

- miesięczne wynagrodzenie ..... zł brutto;
- stawka na jedną godzinę pracy w miesiącu..... zł brutto.

Oświadczenie:

a) nie jestem pozbawiona/y możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona/y w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym;
b) zapoznałam/em się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Pracowni Rentgenodiagostyki, Diagnostyki Obrazowej i USG Specjalistycznego Zespołu Gruźlicy i Chorób Płuc w Koszalinie,
ogłoszonym na stronie internetowej SZGICHP w Koszalinie /www.szgichp.med.pl/, i nie wnoszę zastrzeżeń;
c) zapoznałam/em się i akceptuję warunki udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wzorem umowy cywilno-prawnej zamieszczonej na stronie internetowej SZGICHP w Koszalinie.

3/ Do oferty załączam następujące dokumenty:

1. ……..
2. ……..
3. ……..
4. ……..
5. ……
6. ……..
7. …….....
8. ……..….
9. ……..
10. …….....
11. .....
12. .....

…… .....
/data/ /pieczęć firmy/

……
/pieczęć i podpis oferenta/