FORMULARZ OFERTY DLA LEKARZY

Imię i nazwisko oferenta.....

Adres .....tel. kontaktowy……..

Numer wpisu do właściwego rejestru.....
(potwierdzona kserokopią)

Nazwa organu dokonującego wpisu.....

Regon ……. .....Numer PESEL……..

Numer prawa wykonywania zawodu.....
(potwierdzony kserokopią)

Specjalizacja z .....
(potwierdzona kserokopią dyplomu specjalizacji) /określić stopień /

Miejsce i adres wykonywania świadczeń zdrowotnych w trybie umowy cywilno-prawnej w dniu składania oferty (poza Specjalistycznym Szpitalem Miejskim w Toruniu).....
……

1. Proponowany termin rozpoczęcia umowy……

2.Proponowana ilość godzin miesięcznie ……

3.Proponowana stawka za udzielenie świadczeń zdrowotnych :
w systemie godzinowym :(tylko dla oddziałów szpitala z wyłączeniem poradni specjalistycznych oraz zakładów i pracowni)

za 1 godzinę (w dni robocze w przedziale godzin od 7.oo do14.oo) ……
za 1 godzinę (w dni robocze w godz. 14.oo-7.oo)…….. .
za 1 godzinę (w dni wolne od pracy od 7.oo do 7.oo)……

w systemie zadaniowym: (dla oddziałów szpitala i poradni specjalistycznych)

za 1 punkt rozliczeniowy (w zł)……
za 1 procedurę (w zł)……
za 1 konsultację (w zł)……
za 1 poradę (w zł)……

Uwagi:

……
……
……

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych ogłoszonym przez Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika w Toruniu.

data i podpis oferenta