

FORMULARZ OFERTY DLA DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH

Imię i nazwisko oferenta.....

Adrestel. kontaktowy.....

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

Nazwa organu dokonującego wpisu.....

RegonNumer PESEL.....

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

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

Miejsce i adres zatrudnienia na umowę o pracę lub 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 za 1 godzinę:*

- a. od 6.00 do 18.00.....
- b. od 7.00 do 19.00.....
- c. od 18.00 do 6.00
- d. od 19.00 do 7.00
- e. od 7.00 do 14.30.....

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