

## 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 7.00 do 14.00) .....

za 1 godzinę ( w dni robocze w godz. 14.00-7.00).....

za 1 godzinę ( w dni wolne od pracy od 7.00 do 7.00).....

**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