

## FORMULARZ OFERTY DLA PIELEŃNIAREK

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 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**