

OFERTA
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Pogotowiu Ratunkowym
w Wałbrzychu w zespołach specjalistycznych ratownictwa medycznego**

Imię i nazwisko oferenta

.....

Nr telefonu do kontaktu

.....

Nazwa praktyki lekarskiej

.....

Nr REGON

Nr NIP

Nr PESEL

.....

Nr wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich w rejestrze DIL.....

Miejsce zamieszkania

.....

Miejsce zameldowania, jeżeli jest inne niż miejsce zamieszkania

.....

Adres siedziby indywidualnej praktyki lekarskiej, jeżeli jest inny niż miejsce zamieszkania

.....

Nr prawa wykonywania zawodu lekarza i data wydania.....

Nazwa i stopień posiadanej specjalizacji z datą uzyskania specjalizacji, lub nazwa odbywanej specjalizacji z **datą rozpoczęcia i zakończenia szkolenia specjalizacyjnego**, w przypadku ukończenia szkolenia specjalizacyjnego i braku dyplomu proszę podać przybliżoną datę przystępowania do egzaminu specjalizacyjnego

.....

Posiadane doświadczenie zawodowe certyfikaty, kursy, szkolenia:

ALS tak/nie* data uzyskania, inne:

Oferent proponuje termin zawarcia umowy na okres:

od do

Oferent deklaruje udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego zamówienia w wymiarze: godz. miesięcznie, w tym:

w dni robocze:

a) w godz. od 7.00 lub do 15.00: ilość dni w tygodniu.....

proponowana stawka za 1 godz. pracyzł.

b) w godz. od 15.00 do 7.00: : ilość dni w tygodniu.....

proponowana stawka za 1 godz. pracyzł.

w soboty, niedziele i święta:

c) w godz. od 7.00 lub 7.00 : ilość dni w miesiącu.....

proponowana stawka za 1 godz. pracyzł.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis oferenta)

Do oferty załączam następujące dokumenty:

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

DYREKTOR
Pogotowia Ratunkowego
w Wałbrzychu
Ryszard Kułak