

**FORMULARZ OFERTOWY
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ
LEKARZA W IZBIE PRZYJĘĆ**

Nazwa oferenta:	Adres oferenta:
Kod pocztowy i miejscowość:	PESEL
Numer NIP	Numer REGON
Numer telefonu:	Adres email:

1) Kwalifikacji zawodowe (należy zaznaczyć właściwe)

- Lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii:
- Lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej lub neurologii albo lekarza po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne, lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii lub pediatrii, lekarz, który w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuuje lub zakończył szkolenie specjalizacyjne oraz uzyskał tytuł specjalisty:

Doświadczenia zawodowego w zawodzie lekarza

- Powyżej 10 lat
 Do 10 lat

Oferowana liczba godzin do przepracowania w każdym miesiącu, przy czym minimalna liczba nie może być niższa niż 24 godziny (należy wpisać wartość)

.....

Oferuję następującą stawkę ryczałtową za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez Lekarza w Izbie Przyjęć (należy wpisać wartość)

.....zł

(słowniezłotych)

Załączone dokumenty:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)

.....
Podpis Oferenta