

FORMULARZ OFERTOWY**KONKURS OFERT NR 7/2024
W PAŁUCKIM CENTRUM ZDROWIA SP. Z O. O. W ŻNINIE**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych elektroradiologa w Pracowni Rentgenodiagnostyki Ogólnej:

1. Dane oferenta:

Imię i nazwisko oferenta, nazwa	
Adres oferenta, firmy	
PESEL	
NIP	
REGON	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

2. Propozycja liczby godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu.

W każdym miesiącu oferowana liczba godzin udzielanych przeze mnie świadczeń zdrowotnych wynosić będzie: (nie mniej niż 96 godzin) h/ m-c
--	--------------

W sytuacjach losowych i wydarzeniach nadzwyczajnych wyrażam gotowość do pełnienia dyżurów poza ustalonym grafikiem*:

- TAK
 NIE

3. Wykształcenie*:

- wyższe I stopnia (licencjat)
 wyższe II stopnia (magister)

Załączniki*:

- dyplom ukończenia studiów,**
- dokument potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego elektroradiologa,**
- zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/ wydruk z **CEIDG,**
- aktualna **polisa ubezpieczeniowa OC** lub / oświadczenie o jej dostarczeniu po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego,
- orzeczenie lekarskie od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych** lub / zobowiązanie jego dostarczenia,
- orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych** lub książeczkę zdrowia dla celów sanitarno-epidemiologicznych,
- Oświadczenia Oferenta (załącznik nr 2 do SWKO)**
-
-
-
-
-

* właściwe oznaczyć znakiem X

miejsowość, data

czytelny podpis Oferenta