

OFERTA
na konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
Gminnego Ośrodka Zdrowia Trąbki Wielkie

Dane Oferenta

1. Pełna nazwa i siedziba Oferenta
.....
2. Imię i nazwisko Oferenta
.....
3. Adres do korespondencji
.....
4. Nr telefonu e-mail.....
5. Nr prawa wykonywania zawodu
6. Nr REGON
7. Nr NIP

I. Kwalifikacje zawodowe

- ☐ Pielęgniarka/rz bez specjalizacji
- ☐ Pielęgniarka/rz w trakcie specjalizacji pediatrii lub pielęgniarstwa rodzinnego
- ☐ Pielęgniarka/rz z tytułem specjalizacji

II. Doświadczenie

	poniżej 5 lat	5 – 10 lat	powyżej 10 lat
Doświadczenie			

III. Proponowane dni i godziny pracy:

poniedziałek	wtorek	Środa	czwartek	piątek

IV. Proponowana stawka za udzielenie świadczeń zdrowotnych :

w systemie godzinowym : za 1 godzinęzł brutto

(słownie:)

- V. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.
- VI. Oświadczam, iż w przypadku wybrania mojej oferty zobowiązuję się do przedłożenia kopii ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu oferowanego świadczenia medycznego.

Trąbki Wielkie, dnia r.

.....
 podpis Oferenta