

.....  
(odcisk pieczęci)

.....  
Miejscowość, data

.....  
imię i nazwisko

.....  
NIP

.....  
Adres Oferenta

.....  
Numer telefonu

.....  
Numer prawa wykonywania zawodu  
(data wydania, organ wydający)

.....  
Posiadane specjalizacje

**OFERTA  
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

1. **Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Miejskim Nr 4 w Gliwicach sp. z o. o. z zakresu (właściwe zaznaczyć):**
  - anestezyjologii
  - anestezyjologii i intensywnej terapii
  - pediatrii**w formie (właściwe zaznaczyć):**
  - pracy na oddziale
  - dyżurów stacjonarnych
2. **Za udzielanie świadczeń oczekuję wynagrodzenia, według następujących kalkulacji:**  
**godzina / ryczałt\*** niewłaściwe skreślić
  - praca na oddziale .....
  - dyżury stacjonarne .....
3. Wyrażam zgodę na zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w czasie i miejscu określonym przez Udzielającego zamówienie na okres ..... lat

.....  
Podpis

## OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, iż zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie, Warunkami Konkursu Ofert oraz Projektem umowy, do treści których nie wnoszę zastrzeżeń.
2. Oświadczam, iż posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje zawodowe wymagane do udzielania świadczeń zdrowotnych w proponowanym zakresie.
3. Oświadczam, iż jestem ubezpieczony/a od odpowiedzialności cywilnej związanej z prowadzoną działalnością oraz zobowiązuję się, najpóźniej w dniu podpisania umowy, dostarczyć kopię aktualnej polisy.
4. Oświadczam, iż jestem zdolny/a ze względu na stan zdrowia do wykonania zamówienia na świadczenia zdrowotne. Stosowne zaświadczenie lekarskie zobowiązuję się dostarczyć najpóźniej w dniu podpisania umowy.

### Do oferty załączam:

- 1) odpis dyplomu ukończenia studiów,
- 2) odpis dyplomu specjalizacji,
- 3) odpis aktualnego prawa wykonywania zawodu.

Gliwice, dnia .....

.....  
*pieczęć*

.....  
*Podpis*