

**Świętokrzyskie Centrum Ratownictwa
Medycznego i Transportu Sanitarnego
w Kielcach**

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zespołach wyjazdowych oraz ambulatoriach Świętokrzyskiego Centrum Ratownictwa Medycznego i Transportu Sanitarnego w Kielcach.

Oferent (lekarz):

Imię i nazwisko

Zamieszkały/a

Numer wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich / podmiotów wykonujących działalność leczniczą w Świętokrzyskiej Izbie

Lekarskiej

Kwalifikacje zawodowe

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia z dnia

Oferuję:

Dyżury	Proponowana stawka za godzinę dyżuru
W dni powszednie tj. poniedziałek ÷ piątek od godz. 7 ⁰⁰ do 15 ⁰⁰	
W dni powszednie tj. poniedziałek ÷ piątek od godz. 15 ⁰⁰ do 7 ⁰⁰	
W sobotę	
W niedzielę, święta i inne dni ustawowo wolne od pracy	
W inne dni świąteczne: 1 stycznia, pierwszy i drugi dzień Świąt Wielkanocnych, 24÷26 grudnia i 31 grudnia	
W dni powszednie tj. poniedziałek ÷ piątek, sobota, niedziela, w inne dni świąteczne: 1 stycznia, pierwszy i drugi dzień Świąt Wielkanocnych, 24÷26 grudnia i 31 grudnia w ambulatorium pediatryczne w Kielcach	
W dni powszednie tj. poniedziałek ÷ piątek od godz. 15 ⁰⁰ do 7 ⁰⁰ ambulatorium w Kielcach	
W sobotę i niedzielę w ambulatorium w Kielcach	
W inne dni świąteczne: 1 stycznia, pierwszy i drugi dzień Świąt Wielkanocnych, 24÷26 grudnia i 31 grudnia w ambulatorium w Kielcach	
Transport sanitarny „N”	

Wnioskuje o zawarcie umowy na okres

Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przed rozpoczęciem udzielania świadczeń i jej udokumentowania w terminie 30 dni od daty podpisania umowy wraz z oświadczeniem, że polisa dotyczy przedmiotu umowy.

.....

/data/

.....

/podpis/

Załączniki:

- 1) kopia wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich / podmiotów wykonujących działalność leczniczą w Świętokrzyskiej Izbie Lekarskiej lub zaświadczenie informujące o złożeniu wniosku o zarejestrowanie praktyki lekarskiej;
- 2) zaświadczenie o aktualności wpisu wydane nie wcześniej niż 3 miesiące od terminu złożenia dokumentów;
- 3) kopie dyplomów posiadanych specjalizacji, ukończonych kursów i innych dokumentów świadczących o kwalifikacjach zawodowych;
- 4) kopia zaświadczenia o numerze identyfikacyjnym REGON;
- 5) kopia decyzji o nadaniu numeru identyfikacji podatkowej (NIP-4).
- 6) kopia zaświadczenia o działalności gospodarczej,
- 7) kopia prawa wykonywania zawodu,
- 8) w razie rozpoczęcia specjalizacji kopia „karty szkolenia specjalistycznego”.
- 9) oświadczenie, że ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkodę wyrządzoną przy udzieleniu świadczeń zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. Dz.U. z 2011 r. Nr 293 poz.1729 w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.