

Ciechocinek dnia

22 Wojskowy Szpital
Uzdrowskowo – Rehabilitacyjny
SPZOZ
87 – 720 Ciechocinek
ul. Wojska Polskiego 5

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychologa

I. Dane oferenta:

1. Imię i nazwisko oferenta

2. Adres

3. Nr telefonu.....

4. Nr REGON.....

5. NIP.....

6. Nr prawa wykonywania zawodu.....

7. Nr wpisu do rejestru

8. Nazwa organu dokonującego wpisu.....

II. Kwalifikacje zawodowe oferenta

.....

.....

.....

III. Oferta cenowa

Proponowane wynagrodzenie godzinowe za udzielanie świadczeń
.....zł brutto

Śmekw AS

α

✓

słownie:.....
...

IV. Proponowany czas trwania umowy:

od dnia 01.09.2019r. do dnia 31.12.2019r.

V. Oferent oświadcza że:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychologa” i projektem umowy oraz nie zgłasza do nich zastrzeżeń;
2. w przypadku wybrania oferty zobowiązuje się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienie oraz zobowiązuje się przedłożyć kopię ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
3. wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych.

.....
podpis oferenta

Załączniki:

1. kserokopia wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
2. kserokopia prawa wykonywania zawodu;
3. kserokopia dyplomu ukończenia studiów magisterskich o kierunku: Psychologia, w profilu klinicznym;
4. kserokopia certyfikatu psychoterapeuty;
5. opis pracy zawodowej *Inie dotyczy osób zatrudnionych w 22 WSzU-R SPZOZ/*

Załączniki wymienione w pkt 1,2,3,4 muszą być poświadczone „**za zgodność z oryginałem**”.