

I. Proponowana kwota należności za pracę w oddziałach szpitalnych**1.Praca lekarza na oddziale w szpitalu**

1.		Oddział wewnętrzny	Oddział Chirurgii ogólnej
	cena za jedną godzinę pracy	Cena za 1 godz pracy	Cena za 1 godz pracy

1.Oferujemy termin płatności do 14 dni, od dnia przekazania rachunku do zamawiającego za miesiąc poprzedni.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis oferenta

Załączniki:

1. Kserokopia aktualnego wpisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej,
2. Dane identyfikacyjne Oferenta, Regon – kserokopia poświadczona
3. Kserokopia dyplomu ukończenia studiów, prawa wykonywania zawodu zawierająca numer oraz dyplom specjalizacji z danej dziedziny.
4. Kopie polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta Umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej Oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, obejmujące przypadki przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zakażeń wirusem HIV i WZW w zakresie przedmiotu.
- 5.Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.