

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ
PIELĘGNIARKE/POŁOŻNĄ
W ODDZIAŁACH
ZESPOŁU ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ
W OSTROWIE WIELKOPOLSKIM**

1. Oświadczam, że składam ofertę na udzielania świadczeń zdrowotnych przez PIELĘGNIARKE/POŁOŻNĄ* w oddziałach Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim.

2. Imię i Nazwisko

3. NIP

4. Adres zameldowania

5. Staż pracy w zawodzie pielęgniarki/położnej

6. Cena za godzinę udzielania świadczeń brutto

7. Oferowana maksymalna miesięczna ilość godzin udzielania świadczeń.....

8. Oferowana minimalna miesięczna ilość godzin udzielania świadczeń.....

9. Oświadczam, że na dzień zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przedłożę dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje, czyli:

- dyplom,

- prawo wykonywania zawodu,

- inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe,

- wydruk z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej albo zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,

- zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza medycyny pracy

- polisa OC.

Kopie załączonych dokumentów muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”,
i podpisane przez Oferenta.

.....

(podpis)

*niepotrzebne skreślić