**ZAŁACZNIK NR 5**

**I. Proponowana kwota należności za pracę w oddziałach szpitalnych**

**1.Praca lekarza na oddziale w szpitalu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Oddział** **Chirurgii uraz-ortoped** | **Oddział****Chirurgii ogólnej** | **Oddział ginekolog.****położniczy** |
|  | 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 indentyfikacyjne 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.