

Udzielanie świadczeń zdrowotnych : w ramach usług Pielęgniarki/Pielęgniarsza RTG w Zakładzie  
Radiologii na podstawie umowy cywilnoprawnej

14/K/2025

## DANE OFERENTA

Forma organizacyjna*	IPP [ ]	GPP [ ]	DG [ ]		
Imię i nazwisko					
Adres praktyki pielęgniarskiej/działal. gosp. Kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr					
Adres do korespondencji: (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki/ dział.gosp.) Kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr					
Numer telefonu:	Fax:		e-mail :		
Powiat:	Gmina:				
NIP:	PESEL:				
REGON:					
Nazwa Banku i Numer Konta:					
Polisa OC i NW, Nr i okres obowiązywania (zobowiązanie do wykupienia i dostarczenie w dniu zawarcia umowy) :					
Zobowiązuję się do wykupienia polisy OC i Nw i dostarczenia w dniu podpisania umowy					

## 1. Kwalifikacje

dokumenty potwierdzające kwalifikacje :

## 2. Dyspozycyjność:

## Kontrakt – ilość godzin

140 – 180 godzin lub więcej	
100 -139 godzin	
Poniżej 99 godzin	

## 3. Proponowana kwota za udzielane świadczenia \*

- a) za jedno badanie **KT** – tomografii komputerowej – .... zł (słownie:.....)
- b) za jedno badanie **MR** – rezonansu magnetycznego – .... zł (słownie:.....)
- c) za pozostawanie poza siedzibą Zleceniodawcy w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w dzień powszedni w godzinach od 22:00 do 7:00 - ..... zł (słownie:.....) oraz .....zł za wykonanie badania KT oraz MR pacjenta w tych godzinach,
- d) za pozostawanie poza siedzibą Zleceniodawcy w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w dzień świąteczny lub w dzień ustawowo wolny od pracy w godzinach od 7:00 do 7:00 - .... zł (słownie:.....) oraz ..... zł za wykonanie badania KT pacjenta w tych godzinach,

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, projektem umowy, które akceptuję i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

.....  
podpis oferenta

\* można wskazać jedno lub więcej świadczeń