

Formularz ofertowy

do Szczegółowych warunków konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Megrez sp. z o.o.

Tychy dnia,2019 r.

Megrez Sp. z o.o.
Ul. Edukacji 102
43-100 Tychy

OFERTA

na świadczenie usług ratownika medycznego pełniącego równocześnie obowiązki Koordynatora Izby Przyjęć w Megrez sp. z o.o. ul. Edukacji 102, 43-100 Tychy

1. Dane Oferenta:

.....
(imię i nazwisko/nazwa Oferenta)

.....
(adres/adres siedziby Oferenta)

Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres Oferenta w/w)

.....

2. Deklarowana liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu

3. Preferowane miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych (należy wskazać oddział, izba przyjęć, blok operacyjny):

4. Wskazanie 2 alternatywnych miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych (wskazać, jeśli Oferent wyraża zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w miejscu innym, niż wskazane w pkt. 3. Obowiązuje w przypadku nie wybrania oferty Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscu wskazanym w pkt. 3)

.....

5. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia :

a) w kwocie za godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych ratownika medycznego.....

b) dodatkowo w kwocie miesięcznej ryczałtowej za świadczenie usług Koordynatora Izby Przyjęć.....

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentach aplikacyjnych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji w ramach przeprowadzanego konkursu ofert przez Megrez Sp. z o.o. z siedzibą w Tychach (zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2018 r. poz. 1000).” oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnie rozporządzenie o ochronie danych) i w oparciu o Regulamin Przeprowadzania Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Megrez sp. z o.o. w Tychach

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)