

Kłodzko, dn. 3 stycznia 2018 r.

ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERT NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Zakład Karny w Kłodzku poszukuje lekarzy do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności w ramach prowadzonej działalności gospodarczej.

Oferta skierowana jest do oferentów dysponujących odpowiednimi kwalifikacjami, uprawnieniami do wykonywania świadczeń zdrowotnych i spełniających wymagania określone w:

1. Ustawie o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.)
2. Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.)

Zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej na okres od **16 stycznia 2018** roku do **31 grudnia 2018** roku

W przypadku zainteresowania współpracą prosimy o dostarczenie do tutejszej jednostki oferty według załączonego wzoru wraz z dokumentacją potwierdzającą kwalifikacje zawodowe w terminie do dnia 15 stycznia 2018 r. do godz. 15:00

Dane do kontaktu:

Zakład Karny w Kłodzku

ul. Bohaterów Getta 16

Tel. 74 865 18 00 lub 74 865 18 22

mail: zk_klodzko@sw.gov.pl

Załączniki:

1. Formularz ofertowy

DYREKTOR
Zakładu Karnego w Kłodzku

ppłk mgr Krzysztof Krasowski

Formularz ofertowy

- I. Opis przedmiotu zamówienia:
Wykonywanie czynności służących zachowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia pacjentów, polegających w szczególności na leczeniu i sprawowaniu opieki medycznej nad osobami osadzonymi w Zakładzie Karnym w Kłodzku, ul. Bohaterów Getta 16, 57-300 Kłodzko w ramach umowy cywilno-prawnej.
- II. Termin realizacji zamówienia: grudzień 2018 r.
- III. Termin składania ofert: do 15 stycznia 2018 r.
W przypadku zainteresowania zaproszeniem, proszę o wypełnienie i podpisanie poniższej oferty oraz jej przesłanie pocztą, faksem, drogą elektroniczną lub dostarczenie osobiście do Zakładu Karnego w Kłodzku.

Oferta:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych

- 1. Wynagrodzenie za jedną godzinę udzielanych świadczeń zdrowotnych.....zł
Słownie:

Miejscowość, dnia

Nr Tel. Kontaktowego i (lub) adres e-mail

Podpis