

Oferent:

Imię i nazwisko:
Numer prawa wykonywania zawodu*
Dane dot. specjalizacji
Data otwarcia specjalizacji/data uzyskania specjalizacji
Numer telefonu stacjonarnego
Numer telefonu komórkowego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dot. imienia i nazwiska, prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numerów telefonu stacjonarnego i komórkowego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach dla potrzeb realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu.

Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Łapach zgodnie z warunkami konkursu i umowy Przyjmującego zamówienie ze Szpitalem oraz na podstawie przedstawionego przez Przyjmującego zamówienie i zatwierdzonego przez Szpital harmonogramu.

Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu u Udzielającego Zamówienie, nie udzielam innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przez mnie świadczeń w SP ZOZ w Łapach

Podpis Lekarza

Podpis i Pieczęć Oferent

*należy dołączyć kopie dokumentów, potwierdzone za zgodność z oryginałem:

- a) dyplomu ukończenia studiów,
- b) prawa wykonywania zawodu lekarza,
- c) dyplom specjalisty/potwierdzenie odbywania specjalizacji (dotyczy specjalistów lub w trakcie specjalizacji)
- d) zaświadczenie lekarskie
- e) wpis do ewidencji działalności gospodarczej

