**OFERTĂ - MEDIC care dorește să lucreze ca ÎNLOCUITOR sau ANGAJAT/COLABORATOR**

**Grad profesional:** Specialist [\_] Primar [\_]

**Alte specialități, competențe:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anul dobândirii specialității** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Absolvent(ă) UMF** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **în anul** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Membru AMFB / PMFB din anul** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Semnătură electronică proprie:** Nu [\_] Da\* [\_] – de la firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*Este necesară testarea compatibilității echipament cabinet - tipul de semnătură electronică*

**Abilități operare soft de cabinet:** SIUI-MF [\_] icMED [\_] DOCS [\_] MedWin [\_] Pharmec [\_] BizMedica [\_] Altul ………………. Fără, dar dispus să învăț [\_]

**Experiență consultații pacienți vârstă:** < 1 an [\_] <12 ani [\_] >60 ani [\_]

**Alte angajamente în contract MF cu casa de asigurări:** Normă întreagă [\_] Normă parțială [\_]

Luni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Miercuri \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vineri \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Marți \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Joi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Weekend \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*rubrică necesar de actualizat la fiecare modificare, deoarece un medic nu poate fi în contract cu casa de asigurări în același interval orar la mai mulți furnizori.*

**Preferință pentru** Contract de muncă [\_] Contract prestări-servicii / PFA / PFI [\_]

 Convenție de înlocuire Anexă Norme [\_]

**Licentă de înlocuire Colegiul Medicilor:** Da [\_] Nu [\_]

**Asigurare de răspundere civilă valabilă pe anul în curs:** Da [\_] Nu [\_]

**Interesat/ă de:** Înlocuire de scurtă durată (zile, săptămâni) [\_]

 Colaborare îndelungată (luni/ani, normă întreagă/parțială) [\_]

**Onorariu solicitat:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Se va discuta personal [\_]

**Referințe:**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nume, prenume:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_