
(pieczęć adresowa firmy Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

Dane oferenta:

Nazwa Oferenta	
NIP	
REGON	
Adres siedziby	
Adres do korespondencji	
Telefon	
E-mail	

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne, składam następującą ofertę:

Nazwa	Cena brutto za 1 punkt rozliczeniowy świadczenia
Świadczenia w zakresie rehabilitacji lekarskiej zł Słownie:

1. Oświadczam, że oferuję udzielanie świadczeń objętych niniejszym konkursem w liczbie godzin tygodniowo.

2. Oświadczam, iż posiadam stopień *:
- 2.2. lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub
 - 2.3. lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub
 - 2.4. lekarz, który ukończył minimum drugi rok specjalizacji w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej lub
 - 2.5. lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarz specjalista reumatologii
3. Niniejszym, oświadczam, że:
- 5.1 Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu oraz umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
 - 5.2 Posiadam stosowne uprawnienia do wykonywania świadczenia oraz wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych
 - 5.3 Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
 - 5.4 Zapoznałem się z projektem umowy i akceptuję proponowane w nim postanowienia oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty jako najkorzystniejszej do stawienia się w wyznaczonym przez Organizatora konkursu terminie i miejscu w celu podpisania umowy na tychże warunkach.
 - 5.5 Jestem gotowy do realizacji świadczeń od daty obowiązywania umowy.
 - 5.6 W przypadku wyboru mojej oferty, najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię potwierdzenie zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729).
 - 5.7 Wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu.*

.....
data i podpis

*niepotrzebne skreślić