
(pieczęć adresowa firmy Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

Dane oferenta:

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

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

Nazwa	Ilość godzin tygodniowo	Cena brutto za 1 godzinę świadczenia
Świadczenia w zakresie medycyny rodzinnej (max. 38 godzin tygodniowo) zł Słownie:

2. Oświadczam, iż posiadam*:
 - II stopień specjalizacji w zakresie medycyny rodzinnej
 - Stopień doktora w zakresie nauk medycznych
3. Oświadczam, iż wykonuję*:
 - Diagnostykę radiologiczną (USG)
 - Spirometrię
4. Niniejszym, oświadczam, że:
 - 1.1 Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu oraz umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
 - 1.2 Posiadam stosowne uprawnienia do wykonywania świadczenia oraz wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych;
 - 1.3 Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
 - 1.4 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.
 - 1.5 Jestem gotowy do realizacji świadczeń od daty obowiązywania umowy, w wymiarze 20 godzin tygodniowo.
 - 1.6 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).
 - 1.7 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