

FORMULARZ OFERTY

- Profilaktyczna opieka zdrowotna nad pracownikami w zakresie medycyny pracy -

....., dnia
miejscowość

/pieczętka firmowa oferenta/

I. DANE OFERENTA

1. Imię i nazwisko, adres, oraz numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu
(dotyczy osób, o których mowa w art.35 ust.1 pkt.2 i 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki
zdrowotnej Dz. U. Nr 91, poz.408 z 1991 r. z późn. zmian.).

.....

II. ZAKRES UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

III. OFERENT JEST ZOBOWIĄZANY DO DOŁĄCZENIA DO OFERTY NASTĘPUJĄCYCH DOKUMENTÓW : (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem)

1. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe – kserokopie,
2. zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu lekarza – kserokopia
3. dokument o posiadaniu specjalizacji, uprawnień do świadczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej - kserokopia
4. aktualny odpis z wpisu do właściwego rejestru lub dokument stwierdzający wpis do ewidencji działalności gospodarczej, wpis do rejestru praktyki lekarskiej – kserokopia
5. Regon, NIP - kserokopie
6. oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia

IV. DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE – staż pracy w zawodzie, w tym w zakresie objętym postępowaniem konkursowym

V. Proponowany czas trwania umowy

VI. Proponowana ilość świadczeń średnio w miesiącu i częstotliwość udzielania świadczeń

.....

VII. Proponowana cena brutto (z podatkiem VAT) słownie złotych

(proszę określić czy podana cena/wynagrodzenie jest np. za 1 pacjenta, zryczałtowana miesięczna lub inne)

.....
podpis Oferenta/pełnomocnika

OŚWIADCZENIE OFERENTA.

Oferent oświadcza, że zapoznał się z warunkami zaproszenia do składania ofert oraz z treścią ogłoszenia o konkursie i nie wnosi do nich żadnych zastrzeżeń.

.....

podpis Oferenta/pełnomocnika

