

FORMULARZ OFERTY

.....
/pieczętka firmowa oferenta/

....., dnia

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 póź. zm.)*

.....
.....
.....

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 / pielęgniarzki * - *kserokopia*
3. Dokument o posiadaniu specjalizacji - *kserokopia*
4. Aktualny odpis z wpisu do właściwego rejestru lub dokument stwierdzający wpis do ewidencji działalności gospodarczej, wpis do rejestru praktyki lekarskiej / pielęgniarzkiej * - *kserokopia*
5. Regon, NIP - *kserokopie*
6. Polisa O.C. - *kserokopia* lub oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na okres obowiązywania umowy
7. 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

.....

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

(proszę określić czy podana cena / wynagrodzenie jest np. za 1 poradę, za 1 punkt lub inne propozycje)

.....
podpis oferenta / pełnomocnika

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że zapoznałam / em się z warunkami i wymaganiami zaproszenia do składania ofert na świadczenia medyczne wraz z treścią ogłoszenia o konkursie i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.

* niepotrzebne skreślić

.....
podpis oferenta / pełnomocnika