Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

**I. Dane o oferencie:**

1. Pełna nazwa i adres:………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Numer wpisu do rejestru: ……………………………………………………………………………………………………………….
2. Oznaczenie organu dokonującego wpisu do rejestru: ……………………………………………………………………..
3. Regon: ………………….....……..…… NIP ……..….……..…………………. PESEL …………………………………………….
4. Telefon/fax: ……………………………………………………………………………………………………………………………………
5. Określenie warunków lokalowych, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny:………………….……….
6. Liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń medycznych:…………………………..………
7. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia opublikowanego przez W-MCChP w Olsztynie, dotyczącego konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: ........................................................………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

I zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych przez Zamawiającego.

1. Nawiązując do ogłoszenia z dnia …………….. o konkursie ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie …………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………(Zadanie nr……………………….. )

1. Oferuję:
2. cenę brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych ………………..…………..zł.
3. Proponowany czas trwania umowy: ………………………………………………………………………………………….
4. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń w terminach i godzinach uzgodnionych z zamawiającym.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym dla potrzeb Zamawiającego w trakcie postępowania konkursowego i po zawarciu umowy. (ustawa o ochronie danych osobowych).
6. Oświadczam, że dokumenty potwierdzające moje uprawnienia i kwalifikacje zawodowe, polisa ubezpieczeniowa odpowiedzialności cywilnej, orzeczenie lekarskie są aktualne i znajdują się w dokumentacji zamawiającego w związku z zawartą umową obowiązującą do……………………………….[[1]](#footnote-1).
7. Do oferty dołączam następujące dokumenty:

* Aktualny wpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/KRS
* Kserokopia zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
* Kserokopia dyplomu ukończenia szkoły
* Kserokopia prawa wykonywania zawodu
* Kserokopia innych dokumentów potwierdzających dodatkowe kwalifikacje i uprawnienia zawodowe (specjalizacje, , kursy specjalistyczne, kursy kwalifikacyjne inne kursy)
* Kserokopia aktualnej polisy OC
* Kserokopia aktualnego zaświadczenia lekarskiego o zdolności do podjęcia świadczeń na stanowisku objętym postępowaniem konkursowym, wystawionego przez lekarza medycyny pracy
* CV/ przebieg pracy zawodowej i posiadanych kwalifikacji

……………………………………………… ………………………………………………

Miejscowość, data podpis

1. nie dotyczy osób, które po raz pierwszy składają ofertę w W-MCChP [↑](#footnote-ref-1)