

FORMULARZ OFERTOWY**I. Dane oferenta:**

1. Pełna nazwa i adres:.....
.....
2. Numer wpisu do rejestru:
3. Oznaczenie organu dokonującego wpisu do rejestru:
4. Regon: NIP : PESEL:
5. Telefon/fax: adres email:.....
6. Liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń medycznych:.....

II. Zakres oferty / przedmiot oferty jest:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie

.....
i zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych przez Zamawiającego oraz do udzielania świadczeń w terminach i godzinach uzgodnionych z zamawiającym.

III. Oferowana/proponowana:

a) Cena brutto:

.....
.....

b) Liczba godzin w miesiącu świadczenia usług:

.....

IV. Proponowany czas trwania umowy, z zastrzeżeniem pkt VI Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert:**V. Oświadczenie:**

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się ze wzorem umowy, stanowiącym Załącznik nr 2/Załącznik nr 3 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert, Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert, treścią ogłoszenia z dnia, opublikowanego przez Udzielającego Zamówienia, dotyczącego konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
2. 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).
3. 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
4. Oświadczam, że mój staż pracy w zawodzie lekarza wynosi:
 5. Oświadczam, że kserokopie złożonych dokumentów wykonane zostały z oryginału, a zawarte w nim dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

VI. Załączniki:

Do oferty dołączam następujące dokumenty:

- Aktualny wpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP/KRS
- Kserokopia zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
- Kserokopia dyplomu ukończenia uczelni wyższej
- Kserokopia prawa wykonywania zawodu (strona ze zdjęciem i wszystkie zapisane)
- Kserokopia innych dokumentów potwierdzających dodatkowe kwalifikacje i uprawnienia zawodowe (specjalizacje, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne, 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

.....

Miejscowość, data

.....

podpis

¹ nie dotyczy osób, które po raz pierwszy składają ofertę w W-MCChP w Olsztynie