

**FORMULARZ OFERTOWY****I. Dane o ofercie:**

1. Pełna nazwa i adres:.....
2. Numer wpisu do rejestru: .....
3. Oznaczenie organu dokonującego wpisu do rejestru: .....
4. Regon: ..... NIP : .....
5. Telefon/fax: .....
6. Liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń medycznych: .....
7. Określenie warunków lokalowych, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny:.....
8. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia opublikowanego przez W-MCCP w Olsztynie, dotyczącego konkursu ofert na wykonanie 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.
9. Nawiązując do ogłoszenia .....z dnia ..... oferuję:
  - a) cenę brutto za jedną godzinę świadczenia usług .....zł,
  - b) deklaruję ..... godzin dostępności miesięcznie.
10. Proponowany czas trwania umowy: .....
11. 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).
12. 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 .....<sup>1</sup>
13. Oświadczam, że kserokopie złożonych dokumentów wykonane zostały z oryginału, a zawarte w nim dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
14. Do oferty dołączam następujące dokumenty:
  - Aktualny wpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP/KRS
  - Kserokopia dyplomu ukończenia szkoły
  - Kserokopia innych dokumentów potwierdzających dodatkowe kwalifikacje i uprawnienia zawodowe (specjalizacje, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne, inne kursy, zaświadczenia)
  - 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

<sup>1</sup> nie dotyczy osób, które po raz pierwszy składają ofertę w W-MCCP w Olsztynie

- Zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego
- Zaświadczenie z Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

.....  
Miejscowość, data

.....  
podpis