

Postępowanie konkursowe Nr SPZZOZ/KO/1/01/2018

O F E R T A z dnia
na udzielanie świadczeń zdrowotnych :

NAZWA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

.....
.....

SIEDZIBA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE :

.....
..... PESEL

Tel. kontakt @mail

ADRES DO DORECZEŃ

.....
.....

REGON **NIP**

**NR WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ
LECZNICZĄ**

KWALIFIKACJE ZAWODOWE :

.....

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oferuję wykonywanie objętych ogłoszeniem świadczeń zdrowotnych na rzecz Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej , zgodnie z warunkami zawartymi w szczegółowych warunkach konkursu.
3. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
4. Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie oferowanych świadczeń zdrowotnych i utrzymam je przez okres obowiązywania umowy lub zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia z obowiązkiem przedłożenia jej w dniu ewentualnego podpisania umowy.
5. Oświadczam, że dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania zamówienia .

6. Za wykonywanie świadczeń proponuję należność zgodnie z cennikiem – załącznikiem Nr 1 a do Oferty

Podpis i pieczęć Przyjmującego Zamówienie:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych : imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu, numeru telefonu stacjonarnego/ komórkowego oraz adresu e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy.

.....

(data, podpis i pieczęć Oferenta)

Postępowanie konkursowe Nr SPZZOZ/KO/1/01/2018

Za realizację zamówienia proponuję następujące stawki wynagrodzenia:

Lp	Nazwa zadania	Cena brutto	Deklarowana minimalna liczba dni świadczeń w miesiącu
1.	Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego poza godzinami normalnej ordynacji w dni powszednie tj. w godzinach od 14.35 do 7.00 dnia następnego		
2.	Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego całodobowo (w godzinach od 7.00 do 7.00 dnia następnego w soboty, niedziele i święta		

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Przyjmującego Zamówienia