

Postępowanie konkursowe Nr SPZZOZ/KO/5/05/2017

**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/5/05/2017

Za realizację zamówienia proponuję następujące stawki wynagrodzenia:

<b>Lp</b>	<b>Nazwa zadania</b>	<b>Cena brutto</b>	<b>Deklarowana minimalna liczba godzin świadczeń w miesiącu</b>
1.	Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach normalnej ordynacji w ZOL w dni powszednie tj. w godzinach od 7.00 do 12.00		
2.	Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach normalnej ordynacji w ZOL w dni powszednie tj. w godzinach od 12.00 do 19.00		

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis Przyjmującego Zamówienia