Załącznik Nr 1

Postępowanie konkursowe Nr SPZZOZ/KO/7/06/2017

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

NAZWA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

.....

.....

SIEDZIBA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE :

.....

..... **PESEL** .....

Tel. ..... **kontakt @mail** .....

ADRES DO DORĘCZEŃ

.....

.....

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 pieczątka Oferenta)

Załącznik Nr 1 a

Postępowanie konkursowe Nr SPZZOZ/KO/7/06/2017

Za realizację zamówienia proponuję następujące stawki wynagrodzenia:

Lp	**Nazwa zadania**	**Cena brutto**	**Deklarowana minimalna liczba godzin świadczeń w miesiącu**
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