

**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZESPOLE ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W CZARNKOWIE**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach umowy cywilnoprawnej

Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych: kompleksowych lekarskich świadczeń zdrowotnych, dyżurów lekarskich, wykonywania badań, wykonywania procedur w następujących jednostkach/komórkach organizacyjnych:

.....
(zakres świadczeń)

D A N E O F E R E N T A	
Imię i nazwisko	
Nazwa i adres praktyki lekarskiej/działalności gospodarczej	
Adres do korespondencji: (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki)	
Numer telefonu:	e-mail
NIP:	PESEL:

1. Dyspozycyjność:

- a) deklarowana ilość godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu godzin.

2. Proponowana kwota „CENA”:

- a) zł brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych,
- b) Inne

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/am się szczegółowo z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, które akceptuję i nie wnoszę do nich zastrzeżeń,
- 2) zapoznałem/am się z wzorem umowy, którą akceptuję i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz wyrażam zgodę na zawarcie umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego na warunkach określonych we wzorze umowy w przypadku wybrania mojej oferty,
- 3) nie toczą się wobec mnie, żadne postępowania sądowe ani postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywaniem zawodu,
- 4) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych na potrzeby konkursu ofert i realizacji umowy na podstawie obowiązujących przepisów prawa „RODO”. Klauzula informacyjna na stronie www.szpital.czarnkow.pl w zakładce RODO,
- 5) wyrażam zgodę na umieszczeniu w ogłoszeniu o rozstrzygnięciu konkursu ofert moich danych zawierających nazwę (firmę) albo imię i nazwisko.

☐ Oświadczam, że w posiadaniu Udzielającego zamówienia znajduje się komplet dokumentów wymaganych przez Udzielającego zamówienia oraz, że w tych dokumentach nie zaszły istotne zmiany.

.....
data, podpis i pieczęć oferenta