

FORMULARZ OFERTOWY

Pełna nazwa Oferenta:

.....
.....

Adres prowadzenia działalności:

Ulica Nr

Kod pocztowy..... Miejscowość

REGON NIP

Adres zamieszkania :

.....

Nr prawa wykonywania zawodu

Nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpis:

.....

Przystępując do konkursu na udzielanie świadczeń medycznych w Specjalistycznym Szpitalu im. E. Szczeklika w Tarnowie oświadczam, że:

1. Zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu, projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam potrzebne informacje do przygotowania oferty.
2. Przedstawione warunki konkursu zostały przeze mnie zaakceptowane.
3. Wszystkie złożone dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji postępowania konkursowego zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2014. poz. 1182 z późn.zm.)

5. Do oferty załączam wymagane w warunkach zamówienia dokumenty i oświadczenia jako załączniki:

- 1).
- 2).
- 3).
- 4).
- 5).
- 6).
- 7).
- 8).

Proponowana kwota należności za realizację zamówienia : zł
.....

Proponowany czas trwania umowy od do

Miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych

Proponowany harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych:

| dni tygodnia | godziny od ... do ... |
|---------------------|------------------------------|
| poniedziałek | |
| wtorek | |
| środa | |
| czwartek | |
| piątek | |
| sobota | |
| niedziela | |

Proponowana liczba godzin dyżurów medycznych w miesiącu

Tarnów, dnia

.....
podpis