

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych**  
**w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym – obszar zabiegowy**

**1. Dane oferenta**

<i>Imię i Nazwisko lub Nazwa Firmy</i>			
<i>Adres siedziby firmy</i>			
<i>NIP</i>			
<i>Nr prawa wykonywania zawodu</i>		<i>Telefon kontaktowy</i>	
<i>Posiadana/e specjalizacja/e/ w trakcie specjalizacji</i>			

**2. Stawka za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:**

<i>Stawka za godzinę w ramach godzin ordynacji (dopołudniowych)</i>	- ..... PLN
<i>Stawka za godzinę w ramach dyżuru</i>	- ..... PLN dni robocze
	- ..... PLN soboty, niedziele i święta

*\*propozycja cenowa może dotyczyć obu zakresów (zabezpieczenie w ramach ordynacji oraz dyżuru) lub jednego wybranego (osobno w ramach ordynacji lub samego dyżuru)*

**3. Dokumenty wymagane w dziale VIII szczegółowych warunków konkursy ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych:**

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

a) oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń

- b) oświadczam, że jestem gotowy/a do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w warunkach konkursu ofert
- c) oświadczam, że jestem związany/a niniejszą ofertą przez okres 60 dni od daty upływu terminu składania ofert.
- d) oświadczam, że wobec Oferenta został spełniony obowiązek informacyjny wynikający z RODO.

.....  
(Miejscowość, data sporządzenia oferty)

.....  
(Podpis: imię i nazwisko oferenta)