

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

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 samodzielnego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym</i>	- PLN dni robocze
	- PLN soboty, niedziele i święta
<i>*Stawka za godzinę w ramach dyżuru „towarzyszącego” w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym</i>	- PLN dni robocze
	- PLN soboty, niedziele i święta

**propozycja cenowa może dotyczyć wszystkich zakresów (zabezpieczenie w ramach ordynacji oraz dyżurów) lub jednego wybranego (osobno w ramach ordynacji lub wybranego 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)