

# FORMULARZ OFERTOWY

## Chirurgia dziecięca – lekarz specjalista - oddział, blok operacyjny, izba przyjęć (Szpital Św. Józefa)

Imię i nazwisko: .....

Firma, pod jaka jest prowadzona działalność: .....

Adres firmy: .....

Kod pocztowy: ....., miasto: .....

Numer prawa wykonywania zawodu ze wskazaniem przynależności do izby lekarskiej: .....

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą: .....

Regon: ....., NIP: .....

### DANE KONTAKTOWE:

Adres e-mail: ....., fax: ....., telefon kontaktowy: .....

### Oferowane usługi:

Lp.	Nazwa usługi	Stawka oferowana	Szacowana ilość usług/miesiąc/osobę wykonującą brana pod uwagę przy wycenie oferty na potrzeby konkursu	Szacunkowa ilość oferowanych usług /miesiąc
1	Godzina świadczenia usług w dni robocze	.....	150	.....
2	Godzina świadczenia usług w dni świąteczne, soboty, niedziele, dni ustawowo wolne od pracy	.....	24	.....

**Uwaga:** Bezwzględnie, pod rygorem nieważności oferty, należy zaoferować stawkę dla każdej usługi w powyższej tabeli.

### Oferowany termin płatności:

..... - wyrażony w dniach (zamawiający zastrzega, że zaoferowany termin płatności nie może być mniejszy niż 7 dni).

### Dodatkowe elementy

Posiadam specjalizację z zakresu: .....

II stopnia  Dyplom specjalisty  Inne dodatkowe kwalifikacje

Uwagi: .....

.....  
Podpis Przyjmującego zamówienie

### Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią specyfikacji i ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w SZOZnMiD w Poznaniu.

.....  
Podpis Przyjmującego zamówienie

### Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. z 2016 roku poz. 922 ze zmianami) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie koniecznym do prawidłowego prowadzenia postępowania konkursowego oraz w celu ewentualnego zawarcia i realizowania umowy o świadczenie usług medycznych z Specjalistycznym Zespołem Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu.

.....  
Podpis Przyjmującego zamówienie

### Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że dokumenty wymienione w rozdziale 4.1 ust. 4 pkt 2 lit. a-c oraz lit. g-i „Specyfikacji warunków konkursu ...” znajdują się w posiadaniu udzielającego zamówienia w związku z zawartą przeze mnie z SZOZnMiD w Poznaniu umową na świadczenie usług medycznych, dlatego nie załączam ich do niniejszej oferty..

Jeśli powyższe oświadczenie jest prawdziwe należy złożyć pod nim odrębny podpis

.....  
Podpis Przyjmującego zamówienie