

FORMULARZ OFERTOWY

Zakres **Pediatrica – usługa realizacji zadań lekarza na Oddziale Dzieci Starszych I**

Nazwa firmy:

Imię i nazwisko osoby reprezentującej oferenta:

Adres firmy:

Kod pocztowy:, miasto:

Numer prawa wykonywania zawodu:

Regon:, NIP:

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
1	Usługa realizacji zadań lekarza na oddziale. Stawka ryczałtowa za każdy miesiąc za min. 150 godzin	1

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 osoby uprawnionej do złożenia oferty

Oświadczenie

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

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 j.t. z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z zawartą przeze mnie umową cywilnoprawną na świadczenie usług medycznych z Specjalistycznym Zespołem Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu.

.....
Podpis Oferenta

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 Oferenta