

# FORMULARZ OFERTOWY

## Zakres I. Radiologia – lekarz specjalista

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	Szacunkowa ilość oferowanych usług /miesiąc
1	Godzina świadczenia usług w dni robocze	.....	80	.....
2	Godzina świadczenia usług w dni świąteczne, soboty, niedziele, dni ustawowo wolne od pracy	.....	24	.....
3	Usługa w postaci 10 godzinnej gotowości pod telefonem w dni robocze – początek 22:00, koniec 8:00 dnia następnego	.....	4	.....
4	Usługa w postaci 10 godzinnej gotowości pod telefonem w sobotę, niedzielę i święta – początek 22:00, koniec 8:00 dnia następnego	.....	1	.....

**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 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

# FORMULARZ OFERTOWY

## Zakres II. Radiologia – lekarz specjalista I stopnia

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	Szacunkowa ilość oferowanych usług /miesiąc
1	Godzina świadczenia usług w dni robocze	.....	100	.....
2	Godzina świadczenia usług w dni świąteczne, soboty, niedziele, dni ustawowo wolne od pracy	.....	24	.....
3	Usługa w postaci 10 godzinnej gotowości pod telefonem w dni robocze – początek 22:00, koniec 8:00 dnia następnego	.....	4	.....
4	Usługa w postaci 10 godzinnej gotowości pod telefonem w sobotę, niedzielę i święta – początek 22:00, koniec 8:00 dnia następnego	.....	1	.....

**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 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.

.....  
Pieczętka Firmowa

.....  
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