

# FORMULARZ OFERTOWY

## Zakres Chirurgia dziecięca – usługa realizacji zadań zarządzającego Oddziałem Chirurgii i Leczenia Oparzeń - pełnienie roli Kierownika Oddziału oraz lekarza oddziału

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	Usługa realizacji zadań zarządzającego Oddziałem Chirurgii i Leczenia Oparzeń w roli Kierownika Oddziału. Stawka ryczałtowa za każdy miesiąc	.....	1	1
2	Usługa realizacji zadań lekarza na Oddziale Chirurgii i Leczenia Oparzeń w wymiarze 4 dni roboczych w tygodniu (8 godz./dzień) . Stawka ryczałtowa za każdy miesiąc	.....	1	1
3	Godzina świadczenia usług w dni robocze – nie obejmuje godzin ujętych w usłudze pkt. 2	.....	24	.....
4	Godzina świadczenia usług w dni świąteczne, soboty, niedziele, dni ustawowo wolne od pracy – nie obejmuje godzin ujętych w usłudze pkt. 2	.....	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

Posiadam specjalizację z zakresu: .....  II stopnia  Dyplom specjalisty  Inne dodatkowe kwalifikacje

Posiadam tytuł naukowy: .....

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