

# FORMULARZ OFERTOWY

## Zakres Psychologia kliniczna

Nazwa firmy: .....

Imię i nazwisko osoby reprezentującej oferenta: .....

Adres firmy: .....

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

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	.....	100	.....

**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: .....

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-b oraz lit. e-g „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