***FORMULARZ OFERTOWY***

***Zakres: Otolaryngologia – gotowość, lekarz specjalista (Szpital Św. Józefa)***

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 | Gotowość świadczenia usług. Stawka ryczałtowa za każdy miesiąc. Stawka ryczałtowa za każdy miesiąc za max. 272 godzin. | ……………………… zł | 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 Przyjmującego zamówienie*

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. o ochronie danych osobowych (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 Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że dokumenty wymienione w rozdziale 4.1 ust. 4 pkt 2 **lit. a-d** „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*