***FORMULARZ OFERTOWY***

***Zakres: Anestezjologia i Intensywna Terapia (Szpital Św. Rodziny)- lekarz specjalista II stopnia***

Imię i nazwisko: ……………….…………………………………………….….……................................................................................

Firma, pod jaka jest prowadzona działalność: ..................................................................................................................................................

Adres firmy: ................................................................................................................................................................................................................

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

Numer prawa wykonywania zawodu ze wskazaniem przynależności do izby lekarskiej: .........................................................................

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą: ................................................................................................

Regon: ................................................................................, NIP: .........................................................................................................

**DANE KONTAKTOWE:**

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 anestezjologicznych w Szpitalu św. Rodziny w Dziale Operacyjno-Pooperacyjnym | …........................ | 200 | …........................ |
| 2 | Godzina świadczenia usług anestezjologicznych w Szpitalu św. Rodziny na Dziale Operacyjno-Pooperacyjnym (SALE OPERACYJNE) | …........................ | 200 | …........................ |

**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.

........................................................................

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. z 2016 roku poz. 922 ze zmianami) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie koniecznym do prawidłowego prowadzenia postępowania konkursowego oraz w celu ewentualnego zawarcia i realizowania umowy o 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-c** oraz lit. **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*