***FORMULARZ OFERTOWY***

***Zakres : Otolaryngologia – lekarz w trakcie specjalizacji - oddział, blok operacyjny, izba przyjęć (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 | Szacunkowa ilość oferowanych usług /miesiąc\* |
| 1 | Godzina świadczenia usług w dni robocze | …........................ | 75 | …........................ |
| 2 | Godzina świadczenia usług w dni świąteczne, soboty, niedziele, dni ustawowo wolne od pracy | …........................ | 12 | …........................ |

**Uwaga: \*** **Bezwzględnie, pod rygorem nieważności oferty, należy wskazać szacunkową ilość oferowanych usług powyżej zera oraz 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 I stopnia Dyplom II stopnia Dyplom specjalisty Inne dodatkowe

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 (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** i e „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*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że nie widnieję w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym zgodnie z ustawą z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym

………………………………..………………………………

*Podpis Przyjmującego zamówienie*