

Międzyrzecz, dnia.....

.....
(Pieczęć oferenta)**FORMULARZ OFERTOWY****I. INFORMACJE O OFERENCIE (WYPEŁNIA SKŁADAJĄCY OFERTE):**

1. Nazwa i adres praktyki:.....

Reprezentowana przez:.....

2. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.....

3. NIP..... REGON.....

4. Telefon..... adres e-mail.....

5. Stopień i dziedzina specjalizacji

6. Dodatkowe kwalifikacje niezbędne przy udzielaniu świadczeń w wybranym poniżej zakresie.....

II. PRZEDMIOT OFERTY (ZAZNACZYĆ „X”)**Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie :**

L.P.	<u>NAZWA ŚWIADCZENIA</u>	<u>WYBÓR</u>	
		<u>TAK</u>	<u>NIE</u>
<u>1.</u>	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna - w Poradniach Specjalistycznych - Poradnia chirurgiczna		
<u>2.</u>	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna - w Poradniach Specjalistycznych - Poradnia Preluksacyjna		
<u>3.</u>	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna - w Poradniach Specjalistycznych - Poradnia proktologiczna		
<u>4.</u>	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna - w Poradniach Specjalistycznych - Poradnia Kardiologiczna i Zaburzeń Lipidowych		

III. OFEROWANE STAWKI ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE OBJĘTE POSTĘPOWANIEM KONKURSOWYM.

L.P.	<u>NAZWA ŚWIADCZENIA</u>	<u>WYNAGRODZENIE</u>	
		<u>% za wykonane pkt lub procedury (podać ile) lub kwota</u>	<u>INNY (podać jaki)</u>
<u>1.</u>	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna - w Poradniach Specjalistycznych - Poradnia.....		

OŚWIADCZENIE OFERENTA:

Niniejszym oświadczam, że:

1. Zapoznałem/-łam się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi warunkami Konkursu Ofert (SWKO) oraz warunkami przyszłej umowy i warunki te przyjmuje bez zastrzeżeń.
2. W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia i na zasadach określonych szczegółowymi warunkami konkursu ofert.
3. Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 15 dni od daty terminu składania ofert oraz zobowiązuje się do podpisania umowy w terminie określonym przez Zamawiającego.
4. Ofertę niniejszą składałem na kolejno ponumerowanych stronach.
5. Załącznikami do niniejszego formularza oferty, stanowiącymi integralną część oferty są:
 - a) wpis do ewidencji działalności gospodarczej;
 - b) umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej
 - c) dyplom ukończenia studiów;
 - d) dyplom/dyplomy specjalizacji lub kartę szkolenia specjalizacyjnego;
 - e) w przypadku posiadania dyplom tytułu naukowego;
 - f) zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza medycyny pracy w tym badania epidemiologiczne;
 - g) zaświadczenie o odbytych szkoleniach z zakresu BHP,
 - h) zaświadczenie o niekaralności wobec nieletnich

* niepotrzebne skreślić

.....
(Podpis i pieczęć oferenta)

Niniejszym oświadczam, iż dokumenty potwierdzające kwalifikacje oraz dane identyfikacyjne uprzednio złożone a znajdujące się w posiadaniu Udzielającego zamówienie, wykazane w Dziale Kadr i Płac Szpitala Międzyrzeckiego Sp. z o.o. w Międzyrzeczu – są nadal aktualne. W przypadku zmian zobowiązuje się dostarczyć aktualne dokumenty.

.....
(Podpis i pieczęć oferenta)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów ogłoszonego konkursu (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 1000) oraz zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej ogólne rozporządzenie o ochronie danych lub „RODO”).

.....
(Podpis i pieczęć oferenta)