

Załącznik nr 1 do SWKO

.....  
(pieczęćka oferenta)

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych**  
**wraz z koordynowaniem i zarządzaniem Oddziałem Chirurgii Ogólnej i**  
**Małoinwazyjnej.**

Zamawiający:  
Szpital Pomnik Chrztu Polski  
ul. Św. Jana 9  
62-200 Gniezno

**DANE OFERENTA:**

1. Pełna nazwa Oferenta: .....  
.....
2. Adres .....
3. Numer telefonu :.....  
adres e-mail: .....
4. Numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu  
.....  
.....

**PRZEDMIOT OFERTY:**

1. **Udzielanie świadczeń zdrowotnych wraz z koordynowaniem i zarządzaniem Oddziałem Chirurgii Ogólnej i Małoinwazyjnej.**
2. Kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczenia  
.....  
.....  
.....

### Świadczenie usług w dni powszednie (godziny dopołudniowe)

Deklarowana miesięczna ilość godzin	
Deklarowana ilość dni w tygodniu świadczenia usług	
Proponowana stawka brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń	

### Świadczenie usług godziny Dyżurowe

Deklarowana miesięczna ilość godzin	
Deklarowana ilość dni w tygodniu świadczenia usług	
Proponowana stawka brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń	

### Oświadczenia

- Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych i przebywania w miejscu udzielania świadczeń w dniach i godzinach ustalonych przez Zamawiającego
- W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na zasadach określonych w SWKO.
- Uważam się za związanego ofertą przez 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
- Oświadczam, że:
  - zapoznałam się treścią ogłoszenia o konkursie ofert, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz treścią wzoru umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
  - posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia,
  - potwierdzam spełnienie obowiązku informacyjnego przez Zamawiającego w zakresie przetwarzania moich danych osobowych .
  - wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym
  - w chwili obecnej nie toczy się/ toczą\* przeciwko mnie żadne postępowanie sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej związane w wykonywaniem zawodu; o ewentualnej utracie uprawnień lub wszczęciu postępowania w sprawach, o którym mowa powyżej powiadomię Zamawiającego niezwłocznie w formie pisemnej.
  - moje doświadczenie zawodowe (wykonywania zawodu) w przedmiocie konkursu wynosi .....lat.
  - wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu ofertowym oraz dołączonych załącznikach przez Szpital Pomnik Chrztu Polski na potrzeby przeprowadzenia i rozstrzygnięcia

postępowania konkursowego dotyczącego udzielania świadczeń  
zdrowotnych

Do ofert załączam dokumenty, o których mowa w SWKO:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

Data:.....

.....

Pieczętka i podpis oferenta

\*Niewłaściwe skreślić