

Załącznik nr 2 do SWKO

.....
(pieczęćka oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY
w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych

zakres oferty nr:

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 w **Oddziale:**
.....
2. Kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczenia
.....
.....
.....

Świadczenie usług w dni powszednie (godziny dopołudniowe)

Deklarowana miesięczna ilość godzin	
Proponowana stawka brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń	

Świadczenie usług godziny Dyżurowe

Deklarowana miesięczna ilość godzin	
Proponowana stawka brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń	

Oświadczenia

1. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych i przebywania w miejscu udzielania świadczeń w dniach i godzinach ustalonych przez Zamawiającego
2. W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na zasadach określonych w SWKO.
3. Uważam się za związanego ofertą przez 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że:
 - a/ 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.
 - b/ posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia,
 - c/ potwierdzam spełnienie obowiązku informacyjnego przez Zamawiającego w zakresie przetwarzania moich danych osobowych .
 - d/ wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym
 - e/ w chwili obecnej nie toczy się/ toczą* przeciwko mnie żadne postępowanie sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej związane z wykonywaniem zawodu; o ewentualnej utracie uprawnień lub wszczęciu postępowania w sprawach, o którym mowa powyżej powiadomię Zamawiającego niezwłocznie w formie pisemnej.
 - g/ moje doświadczenie zawodowe (wykonywania zawodu) w przedmiocie konkursu wynosilat.
 - h/ 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

Oświadczam, że posiadam obecnie zawartą umowę z Zamawiającym na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem, a stan prawny oraz stan faktyczny dotyczący dokumentów wymienionych w pkt. IV.2 SWKO nie uległ zmianie / uległ zmianie wyłącznie w zakresie załączonych dokumentów*.

**niepotrzebne skreślić*

Do ofert załączam dokumenty, o których mowa w SWKO:

1.
2.
3.
4.
5.

Data:.....

.....

Pieczętka i podpis oferenta

**Niewłaściwe skreślić*