

Załącznik nr 2 do SWKO

.....  
(pieczęć oferenta)

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

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 Medycyny Paliatywnej**  
.....
2. Kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczenia  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Deklarowana miesięczna ilość dni/godzin zapewnienia dostępności	
Proponowana stawka brutto za osobodzień pacjenta	

### 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 powiadomę Zamawiającego niezwłocznie w formie pisemnej.
  - g/ moje doświadczenie zawodowe (wykonywania zawodu) w przedmiocie konkursu wynosi .....lat.
  - 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

Do ofert załączam dokumenty, o których mowa w SWKO:

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

Data:.....

.....  
Pieczątką i podpis oferenta

\*Niewłaściwe skreślić