

.....  
(pieczęćka 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 przez lekarzy w **Szpitalnym Oddziale Ratunkowym**
2. Kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczenia  
.....  
.....  
.....  
.....

**Świadczenie usług w dni powszednie dopołudniowe (godziny 7-15)**

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**

- 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 z 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.

*\*Niewłaściwe skreślić*

***\*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.\****

*\*jeżeli oferent nie posiada zawartej umowy oświadczenie należy skreślić*

*\*niepotrzebne skreślić*

Do ofert załączam dokumenty, o których mowa w SWKO:

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

Data:.....

.....  
Pieczętka i podpis oferenta

