O F E R T A z dnia .................................................

na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

NAZWA OFERENTA ZGODNIE Z DOKUMENTEM REJESTROWYM:

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

ADRES SIEDZIBY FIRMY OFERENTA:

……………………………..............................................................................................................................................................................................................................................................................................

tel. ………………………………………………………. fax.. ………….…………...……………...……………

ADRES DO KORESPONDENCJI:

……………………………...........................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

REGON ............................................................. NIP ................................................................................

NR WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ:

..................................................................................................................................................................

KWALIFIKACJE ZAWODOWE: ……………………..………………………….............................................

STAWKA GODZINOWA OFERTY:…………………………………………………………….………………..

…………………………………………………………………………………….……………………..................

DEKLAROWANA LICZBA GODZIN WYKONYWANIA ŚWIADZCEŃ ZDROWOTNYCH W MIESIĄCU KALENDARZWYM (SREDNIOMIESIĘCZNIE):………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………….

PROPONOWANY OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY…………………………………………………….

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oferuję wykonywanie objętych ogłoszeniem świadczeń zdrowotnych na rzecz Szpitala Miejskiego w Miastku Sp. z o. o. zgodnie z warunkami zawartymi w szczegółowych warunkach konkursu.
3. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
4. Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie oferowanych świadczeń zdrowotnych i utrzymam je przez okres obowiązywania umowy**\*** lub zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia z obowiązkiem przedłożenia jej w dniu ewentualnego podpisania umowy**\*.**
5. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, wykonane na koszt własny bądź w przypadku braku powyższego orzeczenia na dzień złożenia oferty zobowiązuję się do przedłożeniu kopii orzeczenia o stanie zdrowia na dzień podpisania umowy.
6. Oświadczam, że nie toczą się wobec mnie żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej związanej z wykonywanym zawodem.
7. Oświadczam, że dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonania zamówienia.

……………………………………………

Podpis i pieczęć Oferenta

lub osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty

\*niepotrzebne skreślić