

.....
/pieczęć nagłówkowa oferenta/

.....
/miejsowość i data/

**SZPITAL POWIATOWY
W RADOMSKU
97-500 Radomsko
ul. Jagiellońska 36**

**OFERTA
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Imię i nazwisko/Nazwa:

Nr wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej/Nr KRS.....

NIP REGON

Nr telefonu

Adres działalności gospodarczej

Adres do korespondencji (w przypadku gdy nie pokrywa się z adresem działalności gospodarczej)

.....
Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

Zakres posiadanych kwalifikacji potwierdzam następującymi dokumentami:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Za udzielanie wyżej opisanych świadczeń proponuję:

1. cenę bruttoza 1 godzinę świadczonej pracy,

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” i nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń.
2. Świadczenia zdrowotne objęte konkursem będę udzielać w siedzibie wskazanej przez udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości
4. W przypadku wyboru mojej / naszej oferty, umowa zostanie zawarta na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienie oraz miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienia.
5. Okres związania ofertą wynosi do 30 dni od terminu składania ofert.
6. Oświadczam, że Szpital Powiatowy w Radomsku nie rozwiązał ze mną umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania z przyczyn leżących po stronie oferenta.
7. Deklaruję minimalną liczbę godzin wykonywanych w miesiącu w ramach realizowanych świadczeń zdrowotnych:
8. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne w w/w zakresie udzielałem przez okreslat i zobowiązuję się do okazania na żądanie udzielającego zamówienie dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat praktyki.

.....
/ pieczęć i podpis oferenta /