

Międzyrzecz, dnia.....

.....  
(Pieczęć oferenta)

## FORMULARZ OFERTOWY

### I. INFORMACJE O OFERENCIE (WYPEŁNIA SKŁADAJĄCY OFERTE):

1. Nazwa i adres praktyki:.....  
Reprezentowana przez:.....
2. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.....
3. NIP..... REGON.....
4. Telefon..... adres e-mail.....
5. Stopień i dziedzina specjalizacji .....
6. Dodatkowe kwalifikacje niezbędne przy udzielaniu świadczeń w wybranym poniżej zakresie.....

### II. PRZEDMIOT OFERTY (ZAZNACZYĆ „X”)

#### Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie :

1. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna - w Poradniach Specjalistycznych:
  - Poradnia Kardiologiczna i Zaburzeń Lipidowych;
  - Poradnia okulistyczna;
  - Poradnia neurologiczna;
  - Poradnia urologiczna;
  - Poradnia endokrynologiczna.

### III. OFEROWANE STAWKI ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE OBJĘTE POSTĘPOWANIEM KONKURSOWYM.

1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna poradni ..... zł brutto za 1 godzinę świadczenia usług;  
lub
2. .... % za każdy wykonany, rozliczony i zapłacony przez NFZ pkt. w Poradni  
.....  
lub
3. .... inny

### OŚWIADCZENIE OFERENTA:

Niniejszym oświadczam, że:

2. Zapoznałem/-łam się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi warunkami Konkursu Ofert (SWKO) oraz warunkami przyszłej umowy i warunki te przyjmuję bez zastrzeżeń.
3. W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia i na zasadach określonych szczegółowymi warunkami konkursu ofert.

4. Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni o daty terminu składania ofert oraz zobowiązuje się do podpisania umowy w terminie określonym przez Zamawiającego.
5. Ofertę niniejszą składałam na ..... kolejno ponumerowanych stronach.
6. Załącznikami do niniejszego formularza oferty, stanowiącymi integralną część oferty są:
  - a) wpis do ewidencji działalności gospodarczej;
  - b) umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej
  - c) dyplom ukończenia studiów;
  - d) dyplom/dyplomy specjalizacji lub kartę szkolenia specjalizacyjnego;
  - e) w przypadku posiadania dyplom tytułu naukowego;
  - f) zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza medycyny pracy w tym badania epidemiologiczne;
  - g) zaświadczenie o odbytym szkoleniu z zakresu BHP.

\* niepotrzebne skreślić

.....  
(Podpis i pieczętka oferenta)

Niniejszym oświadczam, iż dokumenty potwierdzające kwalifikacje oraz dane identyfikacyjne uprzednio złożone a znajdujące się w posiadaniu Udzielającego zamówienie, wykazane w Dziale Kadr i Płac Szpitala Międzyrzeckiego Sp. z o.o. w Międzyrzeczu – są nadal aktualne. W przypadku zmian zobowiązuje się dostarczyć aktualne dokumenty.

.....  
(Podpis i pieczętka oferenta)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów ogłoszonego konkursu (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 1000) oraz zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej ogólne rozporządzenie o ochronie danych lub „RODO”).

.....  
(Podpis i pieczętka oferenta)