



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**  
**KONKURS DOK-423-275/20**

**1) Dane oferenta**

*Oferta indywidualna*

Imię i nazwisko ..... telefon.....

e-mail.....

adres do korespondencji: kod.....miejsowość.....

ulica.....nr.....

PESEL ..... REGON .....

**2) Oferta cenowa**

Za realizację świadczeń oczekuję należności w wysokości (za godzinę)	
Deklarowana miesięczna liczba godzin udzielania świadczeń	

**3) Termin świadczenia usług**

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
od dnia ..... do dnia.....

**4) Oświadczenie**

- Oświadczam, że zapoznałam(em) się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert na świadczenie usług zdrowotnych na rzecz Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Nowym Targu, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.
- Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.
- Oświadczam, że byłam(em) / nie byłam(em)\* karana(y) za przewinienia zawodowe ani inne przestępstwa.

dnia .....

.....

*podpis oferenta*

\*- niepotrzebne skreślić



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



.....  
miejsowość, data

Dane oferenta:

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

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w terminie nieprzekraczającym 30 dni od daty podpisania umowy udokumentuję zawarcie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....  
*podpis oferenta*