



## OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

### 1) Dane oferenta

#### *Oferta indywidualna*

Imię i nazwisko ..... telefon.....

e-mail.....

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

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

PESEL .....

### 2) Zakres świadczeń

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach pakietu nr .....

### 3) Oferta cenowa

Za realizację świadczeń oczekuję należności w wysokości za jedno badanie kolonoskopowe (konsultacja anestezjologiczna wraz ze znieczuleniem do zabiegu)	
Doświadczenie w latach	

### 4) Termin świadczenia usług

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

od dnia ..... do dnia.....

### 5) Oświadczenie

1. 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.
2. Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.
3. Oświadczam, że byłam(em) / nie byłam(em)\* karana(y) za przewinienia zawodowe ani inne przestępstwa.
4. Wymagane zgodnie z SWKO dokumenty zostały dołączone do oferty na pakiet nr .....\*(podać w przypadku składania więcej niż jednej oferty- dokumenty wystarczy dodać do jednej wskazanej wyżej oferty)

dnia .....

.....

*podpis oferenta*

\*- niepotrzebne skreślić



Rzeczpospolita  
Polska



MAŁOPOLSKA

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



.....

miejsowość, data

Dane oferenta:

.....

.....

.....

### OŚWIADCZENIE

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

.....

*podpis oferenta*