***Załącznik nr 1 do SWKO***

#### OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

* 1. **Dane oferenta**

Oferta indywidualna

Imię i nazwisko .................................................................. telefon.........................................

e-mail........................................................................................................................................

adres: kod.................................miejscowość............................................................................ ulica...................................................................................................nr....................................

Specjalizacja *(nazwa i stopień)* ...................................................................................................

Data uzyskania specjalizacji .......................................................................................................

 (dzień/miesiąc/rok)

\* wpisać jeżeli dotyczy

* 1. **Oferta cenowa**

Za realizację powyższych czynności oczekuję należności w wysokości:

|  |  |
| --- | --- |
| Zakres | Kwota |
| Organizacja i prowadzenie Zakładu Patomorfologii (ryczałt miesięczny) |  |
| Realizacja badań histopatologicznych (1 badanie) |  |
| Realizacja badań śródoperacyjnych (1 badanie) |  |
| Wykonanie badania pośmiertnego (sekcja) |  |

* 1. **Termin świadczenia usług**

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

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

* 1. **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 byłam(em) / nie byłam(em)\* karana(y) za przewinienia zawodowe ani inne przestępstwa.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu lekarza i specjalizacji, telefonu stacjonarnego i komórkowego wyłącznie dla celów realizacji tej umowy.

dnia ........................................... .................................................

 *podpis oferenta*

 ........................……………………..….2015 r.

 miejscowość, 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*