



OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
KONKURS DOK-423-21/23

1) Dane oferenta

Oferta indywidualna

Imię i nazwisko telefon.....

e-mail.....

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

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

PESEL REGON

2) Oferta cenowa:

Pakiet nr 1

Za realizację świadczeń oczekuję należności w wysokości (za godzinę)	
Ryczałt miesięczny za realizację zadań Zastępcy Dyrektora ds. Zintegrowanego Świadczenia Medycznego (ZŚM)	
Deklarowana miesięczna liczba godzin udzielania świadczeń	

Pakiet nr 2

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

Pakiet nr 3

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

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.

dnia

.....

podpis oferenta

*- niepotrzebne skreślić



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