Fundusze Europejskie Wiedza Edukacja Rozwój | Rzeczpospolita Polska | Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

KONKURS DOK-423-199/22

1) Dane oferenta

Oferta indywidualna

Imię i nazwisko ..... telefon.....

e-mail.....

adres do korespondencji: kod.....miejscowość.....

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

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

2) Oferta cenowa

Za realizację świadczeń oczekuję należności w wysokości (za godzinę)	

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. Oświadcza, 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

Fundusze Europejskie Wiedza Edukacja Rozwój | Rzeczpospolita Polska | Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

.....……

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