

#### OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

1. **Dane oferenta**

Oferta indywidualna

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

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

adres do korespondencji: kod.................................miejscowość........................................ ulica...................................................................................................nr....................................

PESEL ......................................................

1. **Zakres świadczeń**

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

1. **Oferta cenowa**

|  |  |
| --- | --- |
| Za realizację świadczeń zgodnie z wymienionym pakietem oczekuję należności w wysokości za jedną godzinę usługi |  |

1. **Doświadczenie zawodowe**

|  |  |
| --- | --- |
| Doświadczenie zawodowe, staż pracy na wymaganym stanowisku  |  |

1. **Termin świadczenia usług**

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

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

1. **Oświadczenie**
2. 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.
3. Oświadcza, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.
4. Oświadczam, że byłam(em) / nie byłam(em)\* karana(y) za przewinienia zawodowe ani inne przestępstwa.
5. 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



 ........................…………………

 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*