***Załącznik nr 1 do SWKO***

#### OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

1. **Dane oferenta**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisku/ Nazwa podmiotu |  |
| Telefon: |  |
| E-mail: |  |
| Adres: |  |
| NIP |  |
| REGON |  |

W przypadku lekarzy:

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 jednostki badaniowej |  |
| 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**
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. Oświadczam, że byłam(em) / nie byłam(em)\* karana(y) za przewinienia zawodowe ani inne przestępstwa.
4. 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*