

OFERTA

Dane o ofercie

.....

.....

.....

/imię i nazwisko lub nazwa, adres/

W związku z ogłoszeniem o konkursie ofert o świadczenie usług medycznych lekarskich psychiatrycznych w Całodobowym Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Młodzieży w Samodzielnym Publicznym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu.

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz postanowieniami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Oferuję zrealizowanie przedmiotu zamówienia według poniższego cennika (cena brutto):

a) lekarz specjalista z psychiatrii dzieci i młodzieży -zł/ 1h;

b) lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży -zł/1h.

3. Oferta obejmuje wykonywanie wszystkich czynności związanych z realizacją przedmiotu zamówienia.
4. Proponowane warunki płatności:

.....

.....

5. Informacje dodatkowe:

.....

.....

6. Oświadczam, że zawarty w załączniku nr 2 do SWKO projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach. (W przypadku zastrzeżeń do postanowień projektu umowy - załączyć na piśmie propozycje innych zapisów).
7. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty.
8. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych wyłącznie dla celów realizacji umowy.
9. Załącznikami do niniejszej oferty są:

.....

.....

.....

.....

miejscowość, data

podpis i pieczęć oferenta

