

OFERTA

Dane o ofercie

.....

.....

.....

/imię i nazwisko lub nazwa, adres/

W związku z ogłoszeniem o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych **przez ratownika medycznego** :

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz postanowieniami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Oferta obejmuje wykonywanie wszystkich czynności będących przedmiotem umowy.
3. Oferuję zrealizowanie przedmiotu zamówienia w zakresie dyżurów medycznych -

- ilość godzin w miesiącu -

i w związku z powyższym upoważniam Udzielającego Zamówienia do wykazywania wyżej wymienionych informacji w dokumentach i informacjach przekazywanych do Narodowego Funduszu Zdrowia.

4. Proponowane następujące warunki wynagrodzenia za świadczenie usług medycznych przez ratownika medycznego:

- cena brutto za jedną godzinę - zł.

5. Informacje dodatkowe (nr konta bankowego):

.....

.....

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:

- (1)
- (2)
- (3)
- (4)
- (5)

.....
miejscowość, data.....
podpis i pieczęć oferenta