

OFERTA

Dane o ofercie

.....
.....
.....

/imię i nazwisko lub nazwa, adres/

W związku z ogłoszeniem o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych **przez opiekunów medycznych w Całodobowym Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej 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 w zakresie usług świadczonych przez opiekuna medycznego w ilości nie mniej niż godzin miesięcznie , za cenęzł. brutto za 1 godz.
3. Oferta obejmuje wykonywanie wszystkich czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez opiekuna medycznego.
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:

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

.....

miejscowość, data



podpis i pieczęć oferenta