Załączniki nr 1 do warunków
konkursu ofert na udzielanie
świadczeń zdrowotnych

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Warszawa Wola - Śródmieście
01-445 Warszawa
ul. Ciołka 11

Formularz ofertowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

1. Dane Przyjmującego zamówienie:

Imię i nazwisko/nazwa……

PESEL……

Kwalifikacje zawodowe ……

Adres mail …… Telefon kontaktowy ……

Adres zamieszkania ……

2. Odpowiadając na ogłoszone postępowanie na udzielanie świadczeń zdrowotnych niniejszym deklaruję gotowość świadczenia usług na poziomie jak niżej:

Liczba godzin udzielania świadczeń w tygodniu	

3. Za realizację świadczeń zdrowotnych oczekuję należności w wysokości: ..... zł (brutto) za godz.

4. Proponuję następujące dni i godziny udzielania świadczeń.

Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek

5. Niniejszym oświadczam, że:
   1) zapoznałem się z warunkami zawierania umów w SPZOZ Warszawa Wola – Śródmieście - nie zgłaszam zastrzeżeń do przedstawionych warunków zawierania i realizacji umów oraz uznaję się związany określonymi w nich postanowieniami;
   2) zapoznałem się i akceptuję wzór umowy i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do jej zawarcia;
   3) najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię aktualną umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

6. Załącznikami do niniejszej oferty są:

……

……

……

Data …… Podpis Przyjmującego zamówienie ……