Załączniki nr 1 do warunków postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert

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

FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RODZAJU AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA

1. Dane Przyjmującego zamówienie:

Imię i nazwisko/nazwa……

PESEL ……

Kwalifikacje zawodowe ……

Adres zamieszkania ……

Telefon kontaktowy …… adres mail ……

2. Odpowiadając na ogłoszone postępowanie na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej niniejszym deklaruję gotowość świadczenia usług zdrowotnych w rodzaju AOS w zakresie …….. na poziomie wykonania …….. punktów/porad/godz. w ciągu jednego miesiąca

3. Za realizację świadczeń opieki zdrowotnej oczekuję należności w wysokości: ..... zł (brutto) za punkt/porad/godz.

4. Proponuję następujące dni i godziny udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek

5. Niniejszym oświadczam, że:
   1) zapoznałem się ze warunkami w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert 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.

6. Załącznikami do niniejszej oferty są:

……

……

……

……

Data …….. Podpis Przyjmującego zamówienie ……..