**O F E R T A**

**na konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

**…........................................................................................................................................................**

**I. Dane oferenta:**

1. imię, nazwisko, nazwa firmy...........................................................................................................................
2. adres, siedziba firmy...........................................................................................................................
3. nr prawa wykonywania zawodu (w przypadku indywidualnej/specjalistycznej praktyki lekarskiej/pielęgniarskiej)…............................................................................
4. nr wpisu do właściwego rejestru i organ dokonujący wpisu .........................................................................................................................
5. nr REGON ….............................................................................................................

**II. Kwalifikacje zawodowe oferenta:**

…............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**III. Oferta cenowa:**

- stawka ryczałtowa za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych: …...........................................................................................................................................................

…............................................................................................................................................................- inne warunki wynagrodzenia (np. procent lub kwota za zrealizowaną procedurę): …............................................................................................................................................................

…............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**IV. Proponowany czas trwania umowy:**

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

**V. Oferent oświadcza, że zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie oraz szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnosi zastrzeżeń. Ponadto w przypadku wybrania przedstawionej oferty zobowiązuje się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienie.**

**VI. Oferent oświadcza, że w przypadku wybrania oferty zobowiązuje się do przedłożenia kopii ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu oferowanego świadczenia medycznego.**

**VII. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji – zgodnie ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych.**

…...................................

Podpis oferenta