

..... dn. .... 2022

**OD :**.....  
( nazwa oferenta )  
..........  
( pełny adres siedziby oferenta )  
.....

Nr telefonu:.....

NIP .....

Regon:.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

NR KONTA: .....

**FORMULARZ OFERTY****DLA :**  
**SP ZOZ Szpital im dr J.Dietla**  
**w Krynicy-Zdroju**  
**ul. Kraszewskiego 142**  
**33 -380 Krynica-Zdrój**

Nawiązując do wzięcia udziału w pisemnym konkursie ofert **na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki lekarskiej w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej** oferuję / my :

cenę brutto za jedną godzinę świadczenia lekarskiego ( niepotrzebne skreślić\*)

.....zł słownie:.....( dni powszednie\*, soboty  
,niedziele i święta \*) lub,

.....zł słownie:.....(.....)

ponadto :

- oświadczam/y , że zapoznałem / zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę / wnosimy do nich zastrzeżeń,
- oświadczam /y , że nie zalegam/y z opłatami składek ZUS na ubezpieczenie społeczne oraz należnych podatków na rzecz US
- oświadczam /y, iż posiadam / my wymagane prawem kwalifikacje do wykonania przedmiotu zamówienia
- oświadczam / y, iż na dzień rozpoczęcia wykonywania usług zdrowotnych nie będę/nie będziemy związany/ni umową o pracę z SP ZOZ Szpital im dr J.Dietla w Krynicy-Zdroju w zakresie realizacji przedmiotu zamówienia
- oświadczam / y, iż świadczenia medyczne określone umową wykonywać będę od dnia **01.01.2023r.**
- deklaruje/ emy podpisanie umowy na warunkach i czas wskazany w Szczegółowych Warunkach Konkursu w miejscu i terminie wyznaczonym przez Szpital
- oświadczam/y, że w terminie umożliwiającym podpisanie umowy na realizację przedmiotu zamówienia dostarczę/ymy wszystkie niezbędne dokumenty, w tym polisę ubezpieczenia OC zawartą zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami
- deklaruje/ emy , że wszystkie oświadczenia i informacje zawarte w niniejszej ofercie są kompletne, prawdziwe i dokładne w każdym szczególe.

Załączniki (odpowiednio) :

1. Dyplom Ukończenia Akademii Medycznej
2. Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza
3. Potwierdzenia posiadanych specjalizacji i ukończonych szkoleń
4. inne : podać jakie.....
5. inne : podać jakie.....
6. inne : podać jakie.....

.....  
Data, podpis