

**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 zamieszkania

Telefon kontaktowy adres mail

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

| Miesięczna liczba porad | Liczba porad w roku 2015 |
|-------------------------|--------------------------|
| | |

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

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