

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

**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
W ZAKRESIE AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ**

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 zakresie na poziomie wykonania punktów w ciągu jednego miesiąca

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

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

Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek

5. Niniejszym oświadczam, że:

- 1) zapoznałem się ze Szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWK) na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - 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