

## FORMULARZ OFERTY

**na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w systemie całodobowego zabezpieczenia opieki medycznej w ramach świadczeń szpitalnych oraz pełnienia dyżurów medycznych w zakresie:**

**neonatologii i pediatrii**

**1. Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia:**

Zapoznałem się z treścią ogłoszenia.....  
.....

**2. Dane oferenta:**

Imię i nazwisko.....

Adres.....

Nazwa oferenta.....

Prawo wykonywana zawodu.....

Numer księgi rejestrowej z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – (Wojewoda).....

PESEL.....NIP.....REGON.....

Nazwa i adres podmiotu leczniczego.....  
.....

Liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych w imieniu oferenta.....

**3. Kwalifikacje zawodowe (posiadane specjalizacje, kursy, uprawnienia, certyfikaty)**

.....  
.....

**4. Telefon kontaktowy.....**

**5. E-mail.....**

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu ofertowym niezbędnych do realizacji umowy o świadczenie usług medycznych, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) oraz w zgodzie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r., o ochronie danych osobowych.*

.....  
Podpis i pieczęć firmowa Oferenta