

FORMULARZ OFERTY

1. Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia:
 Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia.....

2. Dane oferenta:

1) Imię i nazwisko
 Data urodzenia
 Adres.....
 Nazwa oferenta.....
 Prawo wyk. zawodu.....
 Nr rejestru praktyki lekarskiej.....
 PESELNIP.....REGON.....

2) Nazwa i adres podmiotu leczniczego.....

 Numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych.....
 NIP.....REGON.....
 Liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych w imieniu oferenta.....

3. Kwalifikacje zawodowe:.....

4. Rodzaj oferowanych świadczeń :

Lp.	Rodzaj oferowanych świadczeń	ilość	Cena brutto	wartość
1.	udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowego zabezpieczenia szpitalnego w Poradni Neonatologicznej Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu - ocena stanu ogólnego pacjenta – wywiad i badania fizykalne w celu realizacji „Programu lekowego – profilaktyka zakażeń wirusem RS”	stawka za 1 badanie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu ofertowym niezbędnych do realizacji umowy o świadczenie usług medycznych, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019, poz. 1781).

.....
 Podpis i pieczęć oferenta

Kserokopie dokumentów potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez oferenta:

- 1) dyplom lekarza,
- 2) prawo wykonywania zawodu (strona ze zdjęciem, strona 2 i 3 , strona z wpisaną specjalizacją),
- 3) dyplom specjalizacji/specjalisty,
- 4) decyzja o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą albo wypis z takiego rejestru, wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
- 5) kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lub oświadczenie o dostarczeniu polisy do dnia podpisania umowy, w przypadku wyboru oferty.