Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

**I. Dane o oferencie:**

1. Pełna nazwa i adres:………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Numer wpisu do rejestru: ……………………………………………………………………………………………………………….
2. Oznaczenie organu dokonującego wpisu do rejestru: ……………………………………………………………………..
3. Regon: …………………………………………
4. NIP : …………………………………………….
5. Telefon/fax: ……………………………………………………………………………………………………………………………………
6. Określenie warunków lokalowych, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń medycznych:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia opublikowanego przez SPZGiChP w Olsztynie, dotyczącego konkursu ofert na wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: ........................................................………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

I zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych przez Zamawiającego.

1. Nawiązując do ogłoszenia z dnia …………….. o konkursie ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ……………………………………………………………………………………………………………..
2. Oferuję następującą cenę jednostkową brutto, za jedną godzinę świadczenia usług zdrowotnych, połączonych z kierowaniem ….……… zł.
3. Proponowany czas trwania umowy: ………………………………………………………………………………………….
4. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń w terminach i godzinach uzgodnionych z zamawiającym.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym dla potrzeb Zamawiającego w trakcie postepowania konkursowego i po zawarciu umowy. (ustawa o ochronie danych osobowych).
6. Do oferty dołączam następujące dokumenty:

……………………………………………… ………………………………………………

Miejscowość, data podpis