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: ………………………………… NIP : ………………………………… PESEL……………………..………………..

1. Telefon/fax: ……………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Określenie warunków lokalowych, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny:………………….……….
3. Liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń medycznych:…………………………..………
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia z dnia …………………….., opublikowanego przez W-MCChP w Olsztynie, dotyczącego konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: …………………………………………………………………………………………………………………………..

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

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

1. Oferuję (wybierz odpowiednio):
2. cenę brutto za jedną godzinę udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych: …..……………..…………….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 postępowania konkursowego i po zawarciu umowy. (ustawa o ochronie danych osobowych).
6. Oświadczam, że dokumenty potwierdzające moje uprawnienia i kwalifikacje zawodowe, polisa ubezpieczeniowa odpowiedzialności cywilnej, orzeczenie lekarskie są aktualne i znajdują się w dokumentacji zamawiającego w związku z zawartą umową obowiązującą do**……………………………….**[[1]](#footnote-1)
7. Do oferty dołączam następujące dokumenty:

* Aktualny wpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP/KRS
* Kserokopia zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
* Kserokopia dyplomu ukończenia szkoły
* Kserokopia prawa wykonywania zawodu
* Kserokopia innych dokumentów potwierdzających dodatkowe kwalifikacje i uprawnienia zawodowe (specjalizacje, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne, inne kursy)
* Kserokopia aktualnej polisy OC
* Kserokopia aktualnego zaświadczenia lekarskiego o zdolności do podjęcia świadczeń na stanowisku objętym postępowaniem konkursowym, wystawionego przez lekarza medycyny pracy
* CV/ przebieg pracy zawodowej i posiadanych kwalifikacji

…………………………………………… ………………………………………………

Miejscowość, data podpis

1. nie dotyczy osób, które po raz pierwszy składają ofertę w W-MCChP [↑](#footnote-ref-1)