

## OFERTA NA KONKURS NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

### 1. DANE OFERENTA

FIRMA, IMIĘ I NAZWISKO .....

TELEFON .....

ADRES: .....

KOD POCZT. .... MIEJSCOWOŚĆ .....

PESEL ..... NIP .....

REGON .....

NR WPISU DO EWIDENCJI DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ: .....

NAZWA ORGANU DOKONUJĄCEGO WPISU: .....

NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU: .....

KWALIFIKACJE /SPECJALIZACJA (NAZWA I STOPIEŃ):

.....  
.....

ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE BĘDĄ UDZIELANE PRZEZ ..... OSOBY POSIADAJĄCE UPRAWNIENIA DO WYKONYWANIA ZAWODU MEDYCZNEGO, WYMIENIONE W ZAŁĄCZNIKU DO OFERTY WRAZ Z PODANIEM ICH KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH ORAZ KSEROKOPII DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH KWALIFIKACJE.

### 2. ZAKRES ŚWIADCZEŃ

ZGŁASZAM OFERTĘ NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE:

.....

.....  
W RAMACH UMOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ZAWARTEJ WG ODPOWIEDNIEGO WZORU STANOWIĄCEGO ZAŁĄCZNIK DO SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU OFERT NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SPZOZ W WIELUNIU.

### 3. OFERTA CENOWA

ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA PROONUJE CENĘ OBLICZONĄ ZGODNIE Z PROJEKTEM UMOWY W WYSOKOŚCI:.....

4. CZAS TRWANIA UMOWY: .....

ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W OKRESIE WSKAZANYM W SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKACH KONKURSU OFERT.

WIELUŃ DN. ....

.....  
*podpis oferenta*

*\*niepotrzebne skreślić*

## **ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY\*:**

Kserokopie

1. Wpisu do rejestru podmiotu wykonującego działalność leczniczą
  2. Wpisu z KRS
  3. Wpisu do ewidencji działalności gospodarczej
  4. Numeru REGON
  5. Numeru NIP
  6. Prawa wykonywania zawodu
  7. Dyplomów potwierdzających posiadane kwalifikacje zawodowe
  8. Dyplomów specjalizacji
  9. Oświadczenie Oferenta
  10. Uzyskane dodatkowe kwalifikacje
- } lub wydruk z bazy [www.ceidg.gov.pl](http://www.ceidg.gov.pl)