

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Nr oferty:**.....

**PEŁNA NAZWA OFERENTA (zgodnie z właściwym rejestrem) :**

.....  
..

**ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI :**

.....  
.....  
.....

**ADRES ZAMIESZKANIA:** .....

**PESEL:** .....

**NIP:** ..... **REGON:** .....

telefon / email .....

**NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU I DATA JEGO UZYSKANIA:**

.....

**Nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu:**

.....

**Kwalifikacje zawodowe ( posiadane specjalizacje, kursy, uprawnienia, certyfikaty):**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Przewidywany czas pracy/liczba godzin w miesiącu oraz proponowane wynagrodzenie**

<b>WYKONYWANE CZYNNOSCI</b>	<b>Czas pracy/liczba godzin/m-c</b>	<i>Stawka proponowana za 1godz.</i>
<b>Praca w podstawowej ordynacji czasu pracy/ poradnia</b>		
<b>Inne</b>		

**Proponowany harmonogram udzielenia świadczeń zdrowotnych:**

<b>DNI TYGODNIA</b>	<b>OD.....DO.....</b>	<b>LICZBA GODZIN</b>
poniedziałek		
wtorek		
środa		
czwartek		
piątek		
sobota		
niedziela		
Deklarowana liczba godzin w miesiącu		

1. Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:

.....  
.....

(nazwa banku i nr konta)

2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z istotnymi postanowieniami, które zostaną wprowadzone do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania i opisywania badań z zakresu MRI wyrażam zgodę na zawarcie umowy zgodnie z tymi warunkami w przypadku wybrania mojej oferty.
4. Oświadczam że posiadam personel z odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami w tym zdrowotnymi do wykonywania świadczeń objętych konkursem ofert, wynikającymi z obowiązujących przepisów prawa / Oświadczam, że posiadam odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia oraz posiadam stan zdrowia uprawniające

do wykonywania świadczeń objętych konkursem ofert, wynikające z obowiązujących przepisów prawa\*.

5. Oświadczam, że posiadam personel z doświadczeniem zawodowym określonym w szczegółowych warunkach konkursu ofert / Oświadczam, że posiadam doświadczenie zawodowe określone w szczegółowych warunkach konkursu ofert\*.
6. Oświadczam że zapoznałem się z miejscem wykonywania świadczeń zdrowotnych, warunkami lokalowymi, wyposażeniem w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności i nie wnoszę w tym zakresie zastrzeżeń.
7. Do niniejszej oferty załączam wymagane w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert dokumenty i oświadczenia jako załączniki:
  - 1) ...
  - 2) ...
  - 3) ...
  - 4) ...
  - 5) ...
  - 6) ...
  - 7) ...
  - 8) ...
  - 9) ...
  - 10) ...

.....  
Podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie  
lub osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do  
reprezentowania Przyjmującego zamówienie