

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert DWOMP.II.42.97.2024 składam niniejszą ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych polegających na wydawaniu orzeczeń o rozpoznaniu choroby zawodowej albo o braku podstaw do jej rozpoznania przez specjalistę medycyny pracy dla pacjentów DWOMP we Wrocławiu w okresie od dnia zawarcia umowy do dnia 30.04.2027r.

DANE O OFERENCIE:

.....
.....
.....
(nazwa oferenta – zgodnie z rejestrem, dokładny adres siedziby podmiotu leczniczego)

Numer NIP (jeżeli dotyczy)

Numer REGON (jeżeli dotyczy)

Numer PESEL (jeżeli dotyczy)

Wpis do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk prowadzony przez Okręgową Izbę Lekarską

Prawo wykonywania zawodu

Numer telefonu z nr kierunkowym.....

Adres e-mail.....

1. Oferowana tygodniowo maksymalna liczba godzin realizacji zamówienia (badań):
..... h / tygodniowo słownie:
2. Oferowana cena jednostkowa za 1 godzinę realizacji zamówienia (badań)
..... zł/h brutto (słownie:
3. Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:
.....
(nazwa banku i nr konta)
w terminie określonym umową od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury / rachunku.
4. Doświadczenie – liczba lat pracy jako specjalista medycyny pracy
5. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
6. Oświadczam, że nie ciąży na nim wyrok Sądów Karnych/Sądów Dyscyplinarnych, nie toczy się przeciwko niemu postępowanie karne/dyscyplinarne



7. Oświadczam, że posiadam kwalifikacje i uprawnienia niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia oraz dysponujemy niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonania zamówienia.

8. Oświadczam, że jestem zobowiązany ofertą przez okres 30 dni od dnia otwarcia ofert.

9. Oświadczamy, że w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.

10. Do niniejszej oferty załączam wymagane w SWKO dokumenty i oświadczenia, jako załączniki:

1)

2)

3)

4)

5)

.....

data

.....

podpis i pieczęć oferenta


RADCA PRAWNY
Teresa Kuczerawej
WR 814