Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWY
dla lekarzy k/m (kobieta/mężczyzna, dalej zwanych jako „k/m"), pielęgniarek k/m, elektroradiologów k/mi kierowców k/m

I DANE OFERENTA:

NAZWA OFERENTA	
ADRES SIEDZIBY	
NR WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ (jeżeli dotyczy)	
Numer KRS (jeżeli dotyczy)	
REGON	
NIP	
NR TELEFONU	
E- MAIL	

II NAZWA BANKU ORAZ NUMER KONTA OFERENTA, NA KTÓRE UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA BĘDZIE DOKONYWAŁ EWENTUALNYCH PŁATNOŚCI:

Nazwa banku: ……..……..

Numer rachunku bankowego**:** ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

III OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Zapoznałem się z ogłoszeniem o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu, dołączonymi załącznikami, projektem umowy i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
2. Zapoznałem się z warunkami udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wydanymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
3. Dopełnię obowiązku ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie objętym przedmiotem umowy przez cały okres jej obowiązywania.
4. Zobowiązuję się do bieżącego aktualizowania dokumentów, oświadczeń oraz informacji niezbędnych do realizacji umowy.
5. Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach jest moim podstawowym miejscem udzielania świadczeń*.
   ☐ Tak ☐ Nie
6. Oświadczam, że nie zawarłem umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia w tym samym zakresie.
7. Oświadczam, że akceptuję bez zastrzeżeń wzór umowy przedstawiony w załączeniu do szczegółowych warunków konkursu ofert.

*zakreślić właściwe

…….. …….

(data i miejsce) (podpis oferenta)

ZAWARTOŚĆ OFERTY

(właściwe zaznaczyć x):

- ■ Formularz cenowy
- ■ Oświadczenie oferenta o zastrzeżeniu informacji stanowiących tajemnicą przedsiębiorcy
- ■ Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z informacją i wyrażeniu zgody na przetwarzanie i administrowanie danych przez udzielającego zamówienia
- ☐ Oświadczenia oferenta o posiadaniu przez Udzielającego zamówienia wszystkich wymaganych dokumentów
- ☐ Kserokopia zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
- ☐ Kserokopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub KRS
- ☐ Kserokopii polisy ubezpieczeniowej
- ☐ Kserokopia prawa wykonywania zawodu
- ☐ Kserokopia dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe
- ☐ Kserokopia dokumentów potwierdzających dodatkowe kwalifikacje
- ☐ Kserokopia orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu
- ☐ Kserokopia zaświadczenia o odbytym szkoleniu BHP
- ☐ Inne……

  ……