

FORMULARZ OFERTOWY

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny pracy na rzecz pracowników Zespołu Opieki Zdrowotnej w Końskich.

I. Dane oferenta:

1. Imię i nazwisko:
2. Specjalizacja.....
3. Tytuł zawodowy:

II. Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny:

Świadczenia zdrowotne zawarte w ofercie wykonywane będą na bazie sprzętu i pomieszczeń Zleceniodawcy

III. Określenie stawki udzielania świadczeń:

Za wykonanie przedmiotu umowy za jedno badanie z wydaniem orzeczenia- zł

Za udział w komisji BHP i konsultacjach- zł

IV. Załączniki do oferty:

1. Kopia prawa wykonywania zawodu.
2. Dokument potwierdzający stopień specjalizacji (jeśli dotyczy).
3. Zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej.
4. Kopia polisy OC podmiotu leczniczego.
5. Zaświadczenie ukończenia okresowego szkolenia w zakresie BHP

V. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o wszczęciu postępowania konkursowego na świadczenie usług w ZOZ w Końskich.

.....2021 r.

data

.....

podpis oferenta