

FORMULARZ OFERTOWY

1. Imię i nazwisko / nazwa ZOZ

2. Adres zamieszkania / siedziba ZOZ
.....

3. NIP

4. REGON

5. Nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu

.....

6. Posiadane kwalifikacje:

Nazwa i adres ukończonej uczelni

.....

Kierunek / specjalność

Uzyskany tytuł zawodowy lub naukowy

7. Zobowiązuję się (przed podpisaniem umowy) do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

8. Proponuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych na **kwotę** **zł brutto za jednego osadzonego** .

9. Oświadczam, że jestem świadomy (a) odpowiedzialności karnej, wynikającej z art. 233 par. 1 kodeksu karnego, przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań; że nie byłem (am) karany (a) za przestępstwo popełnione umyślnie oraz, że korzystam z pełni praw publicznych.

10. Oświadczam, iż szczegółowo zapoznałem (am) się z treścią ogłoszenia dotyczącego konkursu na udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki medycznej dla osób pozbawionych wolności przebywających w Zakładzie Karnym w Zabrze

.....
(podpis oferenta)