

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 odpowiedzialności cywilnej oraz przedłożenia dokumentów potwierdzających posiadane wykształcenie, uprawnienia oraz dane osobowe.
8. Proponuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych na kwotę zł brutto za godzinę pracy.
9. Deklaruję możliwość wykonywania ww. świadczeń w ilości godzin w skali miesiąca.
10. 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.
11. 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 Areszcie Śledczym w Tarnowskich Górach.