

FORMULARZ OFERTOWY

1. Imię i nazwisko / nazwa Zakładu Opieki Zdrowotnej
2. Adres zamieszkania / siedziba Zakładu Opieki Zdrowotnej
3. NIP.....
4. REGON
5. Numer 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. Zobowiązuje 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 za kwotę zł brutto
(słownie złotych:)
9. Deklaruję możliwość wykonywania ww. świadczeń w ilości / godzin / konsultacji / w skali miesiąca (właściwe zakreślić).
10. Oświadczam, iż jestem świadomy (a) odpowiedzialności karnej, wynikającej z art. 233 § 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 Zakładzie Karnym w Sztumie.