

(pieczęć oferenta)	 	 SZPITAL SPECJALISTYCZNY 83-400 Kościerzyna ul. Piechowskiego 36
--------------------	--	--

FORMULARZ OFERTOWY

Pełna nazwa oferenta:		
Imię i nazwisko, adres oraz numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu:		
Adres oferenta:	_ _ - _ _ _	ul.
REGON:		NIP: _ _ _ - _ _ _ - _ _ _
Telefon:		e-mail :
Numer konta :		
Specjalizacje, stopień, rok nadania:		
Zgłaszam gotowość przystąpienia do pisemnego konkursu ofert na świadczenia usług medycznych w zakresie:		
Proponowany czas trwania umowy:		
Oferuję następujące stawki za świadczone usługi medyczne:		
Rodzaj usługi	Stawka	

Załączniki do oferty:	Dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej	TAK	NIE
	Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń (nr prawa wykonywania zawodu, dyplom, zaświadczenie o stopniach specjalizacji)	TAK	NIE
	Dokument potwierdzający tożsamość	TAK	NIE
	Wpis do indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich	TAK	NIE
	Zaświadczenie wpisie do rejestru zakładów opieki zdrowotnej	TAK	NIE
	Zaświadczenie o nadaniu numeru identyfikacji podatkowej NIP	TAK	NIE
	Zaświadczenie o nadaniu statystycznego numeru identyfikacyjnego REGON	TAK	NIE
	<u>Obowiązkowe ubezpieczenie OC podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenie zdrowotne</u> , bądź oświadczenie o jego dostarczeniu przy podpisywaniu umowy	TAK	NIE
	Aktualne zaświadczenie o zdolności do pracy.	TAK	NIE
	Inne istotne informacje wg Oferenta (m.in. warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę)	TAK	NIE

Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami konkursu przedstawionymi w ogłoszeniu i przyjmuje je bez zastrzeżeń.

Składana dokumentacja winna zostać złożona w oryginałach lub kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem

Miejscowość, data:

.....
pieczęć i podpis oferenta

UWAGI: