FORMULARZ OFERTOWY W KONKURSIE OFERT NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE:

…….

Imię i nazwisko/nazwa……

PESEL……...nr prawa wykonywania zawodu……

Księga rejestrowa……..

Wpis do CEIDG jako…….

NIP……. REGON……..

nr telefonu……

nr rachunku bankowego…….

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie……

…… podmiotu leczniczego „Zespół Opieki Zdrowotnej „ w Kłodzku ul. Szpitalna 1a.

Za realizację zamówienia oczekuję należności wg następującej kalkulacji:

…….. ……..
wysokość proponowanej stawki godzinowej brutto */ ilość godzin w miesiącu/*

Zobowiązuję się do wykonywania obowiązków **ratownika medycznego/ ratownika medycznego-kierowcy pojazdu uprzywilejowanego** w dniach i godzinach uzgodnionych z Zamawiającym. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu Zamawiającego.
Oferuję zawarcie umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne zgodnie z treścią

ogłoszenia o konkursie ofert w zakresie…….

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, projektem umowy, z przepisami z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2024 poz.799)/ oraz Ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych /Dz.U. z 2024r. poz. 1460)

…….. ……...
miejscowość i data podpis