

Formularz ofertowy – Załącznik nr 1 do ogłoszenia o konkursie

Polanica-Zdrój, dn.

.....
/Dane oferenta/

.....
/Adres/

.....
/telefon/

Specjalistyczne Centrum Medyczne im. św. Jana Pawła II S.A.
ul. Jana Pawła II 2
57-320 Polanicy-Zdroju

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SCM w zakresie:

Wykonywanie czynności i procedur lekarskich w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

Procedury i czynności lekarskie udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienie.

Harmonogram pracy Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej wg kontraktu z NFZ

Dzień	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota
Godziny	8.00-18.00	9.00-13.00	9.00-13.00	9.00-13.00	9.00-13.00	X

Proponowany harmonogram udzielania świadczeń przez oferenta

Dzień	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota
Godziny w ramach NFZ						-
Godziny poza NFZ						

1. Proponowane wynagrodzenie:

.....

2. Proponowane warunki partycypowania w kosztach

.....

3. Świadczenia realizowane będą w okresie od do dnia

Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z treścią szczegółowych warunków konkursu.

.....
/pieczętka i podpis/

Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z treścią ogłoszenia konkursu ofert.

.....
/pieczętka i podpis/

Oświadczam, że zapoznałam/em się z „Informacją dla uczestników postępowania konkursowego dotyczącego świadczenia opieki zdrowotnej w Specjalistycznym Centrum Medycznym im św. Jana Pawła II S.A.” zamieszczoną na stronie www.scm.pl

.....
/pieczętka i podpis/

Zgoda
uczestnika postępowania konkursowego dotyczącego świadczenia opieki zdrowotnej
w Specjalistycznym Centrum Medycznym im. św. Jana Pawła II S.A.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie wyżej podanych moich danych osobowych w celu przeprowadzenia niniejszego postępowania konkursowego.

.....
/pieczętka i podpis/

W załączeniu przedkładam: (dokumenty wskazane w treści ogłoszenia- wymienić jakie):

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

.....
/pieczętka i podpis oferenta/

