

**Formularz ofertowy –
Załącznik nr 1 do ogłoszenia o konkursie**

Polanica-Zdrój, dn.

.....
/Dane oferenta/

.....
/Adres/
.....
.....

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:

Świadczenie usług medycznych w poradni kardiologicznej

Świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienie.

***Udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych komórkach organizacyjnych
SCM:***

Harmonogram pracy wg kontraktu z NFZ

Dzień	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota
Godziny	8,00-20,00	8,00-14,00 16,00-20,00	8,00-14,00 15,00-18,00	8,00-18,00	8,00-20,00	15,00-20,00

Proponowany harmonogram pracy w zakresach:

Dzień	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota
Godziny w ramach NFZ (zakres 1)						-
Godziny realizacji programu KOS-Zawał (zakres 2)						
Godziny poza NFZ (zakres 3)						

1. Proponowane wynagrodzenie:

Zakres 1) Realizacja kontraktu z NFZ:

Zakres 2) Realizacja programu KOS-Zawał:

Zakres 3) Realizacja świadczeń dla osób nie korzystających z systemu ubezpieczeń:

.....

2. Proponowane warunki partycypowania w kosztach

.....

3. Świadczenia realizowane będą w okresie oddo dnia

OŚWIADCZENIA OFERENTA

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/

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

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

.....
/pieczętka i podpis oferenta/

OŚWIADCZENIE

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 oferenta/

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 oferenta/