

Formularz ofertowy – Załącznik nr 1 do ogłoszenia o konkursie

.....  
/Dane oferenta/

Polanica-Zdrój, dn. ....

.....  
/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 Ogólnej**

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 Naczyniowej wg kontraktu z NFZ**

| Dzień   | Poniedziałek | Wtorek      | Środa       | Czwartek    | Piątek      | Sobota |
|---------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------|
| Godziny | 11,00-13,00  | 09,00-13,00 | 12,00-15,00 | 12,00-15,00 | 09,00-12,00 | 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](http://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/