



## FORMULARZ OFERTOWY

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

.....

Adres .....

.....

(wpisać odpowiedni zakres zgodnie ze „Szczegółowymi warunkami konkursu” i rodzaj umowy)

**Imię i nazwisko:**

--	--

**PESEL:**

**TELEFON:**

**E-MAIL:**

--	--	--

### 1. Kryterium oceny:

Cena za 1 godzinę ( zł) brutto : .....

**Wykształcenie i specjalizacje:**


### 2. Nr prawa wykonywania zawodu:

--

### 3. Propozycja dostępności – godziny przyjęć pacjentów:



Dzień tygodnia	Godziny przyjęć
Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	

**Do oferty załączam poświadczone kopie:\***

**1. Indywidualna praktyka lekarska**

- dyplom położnej,
- potwierdzonej za zgodność kopii prawa wykonywania zawodu,
- specjalizacje oraz dokumenty poświadczające dodatkowe uprawnienia,
- Centralna Ewidencja i informacja o Działalności Gospodarczej (dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą),
- kopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej (dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą),
- informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego, zgodnie z przepisami art. 21 ust. 3-8 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. z 2024 r. poz.560) nie starszą niż sprzed trzech miesięcy przed terminem składania ofert.
- wpis do rejestrów: wojewody, właściwych izb lub inny dokument zezwalający na prowadzenie działalności (w zakresie, który dotyczy danego oferenta);

Święta Katarzyna,.....2024r.

-----  
Data, pieczęć i podpis Oferenta

\* Dokumenty wymienione w ust. 1 mogą być przedłożone w formie kopii, poświadczonej „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta.