



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 dodatkowe kwalifikacje:

2. Nr prawa wykonywania zawodu:

--

3. Propozycja dostępności – godziny przyjęć pacjentów:



Dzień tygodnia	Godziny przyjęć
Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	

Do oferty załączam poświadczony kopie:*

1. Indywidualna praktyka lekarska

- dyplom ratownika medycznego,
- 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 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, poświadczonych „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta.