

O F E R T A

na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne

Oświadczam, iż zapoznałem(am) się z treścią oraz ze szczegółowymi warunkami konkursu, na wykonanie świadczeń medycznych z zakresu

.....
.....
.....

/ nazwa i adres /

.....
/nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu, NIP,REGON,
Polisa OC – kserokopie dokumentów poświadczona za zgodność z oryginałem,
dołączone do oferty/

1. Kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczenie zdrowotne
(należy dołączyć n/w kserokopie dokumentów, potwierdzone za zgodność z oryginałem)

a/ dyplom.....

b/ prawo wykonywania zawodu.....

c/ specjalizacja.....

d/ poświadczenie uprawnień do wykonywania badań profilaktycznych/ oraz badań dla
pracowników narażonych na promieniowanie jonizujące

e/ inne (kursy , szkolenia).....

2. Przyjmujący Zamówienie zleca Zamawiającemu obsługę pielęgniarską i*
3. Przyjmujący Zamówienie sam zabezpiecza obsługę pielęgniarską /*
4. Deklarowana ilość godzin pracy pielęgniarki

5. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia, z ewentualną kalkulacją
elementów należności

.....
.....
.....

6. Proponowany czas trwania umowy:

/* - niepotrzebne skreślić

.....
(data)

.....
(czytelny podpis składającego ofertę)