**FORMULARZ OFERTOWY**

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w MCLChPiG w Otwocku

w zakresie ...........................................................................................

**Dane Oferenta:**

Imię, nazwisko i adres Oferenta: .................................................................................

Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z właściwym rejestrem działalności gospodarczej):

…....................................................................................................................................

**REGON:** …...............................................................

**NIP:** …......................................................................

**Nr tel.** ......................................................................

**Proponowane kwoty za świadczenie usług medycznych**:

…................................................................ zł brutto – stawka godzinowa za świadczenia usług

**Proponowany wymiar pracy (ilość godzin/miesiąc):** ………………………………………………………….

…..................................

data i podpis Oferenta

**W załączeniu do oferty przedkładam kopie następujących dokumentów:**

1. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
2. dyplom ukończenia studiów,
3. dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe,
4. polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w oferowanym zakresie na okres obowiązywania umowy lub oświadczenia oferenta, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa,

…..................................

data i podpis Oferenta

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

…..................................

data i podpis Oferenta