

Załącznik nr 1

## FORMULARZ OFERTOWY KONKURS OFERT

W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w  
Celestynowie ul.Regucka 5 05-430 Celestynów

### OFERTA

Na udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarza POZ

1. Imię nazwisko: .....

2. Adres Praktyki Lekarskiej: .....

3 NIP ..... REGON ..... TEL. ....

4, Prawo wykonywania zawodu nr .....

wydane przez. ....

5, Kwalifikacje zawodowe (stopień specjalizacji, zakres, data uzyskania)

6. Dodatkowe kwalifikacje i uprawnienia

7. Proponowany harmonogram udzielania świadczeń:

Nazwa: Poniedziałek Wtorek Środa Czwartek Piątek (odpowiedni dzień zakreślić oraz podać godziny)

Poniedziałek godz .....

wtorek godz .....

Środa godz .....

Czwartek godz. .... „„

Piątek godz,.... ..

8. Proponowana cena brutto za godzinę.....

Załącznik nr 2

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam,

że:

1. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia konkursu ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych i me wnoszę do nich uwag.

2. Posiadam uprawnienia i kwalifikacje zawodowe uprawniające mnie do udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie oferty.

3. Oświadczam, że kopia polisy ubezpieczeniowej jest aktualna na okres zawarcia umowy  
<!. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów ogłoszonego konkursu ofert (zgodnie z ustawą a ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 o ochronie danych osobowych(Dz.U. z dnia 2019r poz.1781ze zm

Data. podpis Oferenta

Do niniejszej oferty załączam:

! Kserokopię prawa wykonywania zawodu.

2. Kserokopię dyplomów specjalizacyjnych .

3. Kserokopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.

4. Kserokopie zaświadczeń o uzyskaniu dodatkowych kwalifikacji i uprawnień.

Podpis.....