

FORMULARZ OFERTOWY

Dane Oferenta:

imię i nazwisko:

PESEL: _ _ _ _ _

specjalizacja:

tytuł/stopień naukowy:

W nawiązaniu do ogłoszenia Konkursu Ofert na **wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w formie umowy cywilnej** OLK w Gliwicach – SPZOZ składam ofertę.:

Lp.	Zakres świadczeń	Oferowana cena brutto [zł./godz.]	Średniomiesięczna liczba godzin
1	Świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej		

Jednocześnie oświadczam, że:

– zapoznałem(-am) się z treścią ogłoszenia OLK w Gliwicach – SPZOZ o Konkursie Ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń,

– zapoznałem(-am) się z treścią Klauzuli Informacyjnej (załącznik nr 2 do WKO) i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia Konkursu Ofert,

– przyjmuję do wiadomości, że harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej zostanie uzgodniony pomiędzy *Przyjmującym zamówienie a Udzielającym zamówienie* i wymaga akceptacji przez NFZ,

– uważam się za związanego(-ą) ofertą przez okres 30 dni licząc od ostatniego dnia przyjmowania ofert.

.....
(data)

.....
(podpis Oferenta, pieczęć)