

FORMULARZ OFERTOWY

Dane Oferenta:

imię i nazwisko:

PESEL: _ _ _ _ _

specjalizacja:

tytuł/stopień naukowy:

W nawiązaniu do ogłoszenia Konkursu Ofert na **wykonywanie przez lekarzy ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie Poradni Okulistycznej** OLK w Gliwicach – SPZOZ składam ofertę liczby punktów i cenę jednostkową punktu za realizację zamówienia:

| Lp. | Zakres świadczeń | Oferowana liczba punktów w okresie obowiązywania umowy [pkt.] | Oferowana cena 1 punktu [zł./pkt.] |
|-----|---|---|------------------------------------|
| 1 | Świadczenia w zakresie okulistyki (porady)* | | |
| 2 | Świadczenia w zakresie okulistyki (zabiegi)* | | |
| 3 | Świadczenia w zakresie okulistyki (pkt ze wskazań nagłych)* | | |
| 4 | Odpłatne porady udzielane pacjentom nieuprawnionym do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych* | | |
| 5 | Porady konsultacyjne dla Poradni Medycyny Pracy* | | |

* – wszystkie pozycje muszą być wypełnione.

Jednocześnie oświadczam, że:

– zapoznałem(-am) się z treścią ogłoszenia OLK w Gliwicach – SPZOZ o Konkursie Ofert na wykonywanie przez lekarzy ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie okulistyki w Poradni Okulistycznej oraz Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń,

– zapoznałem(-am) się z treścią Klauzuli Informacyjnej (załącznik nr 1 do WKO) i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia Konkursu Ofert,

– przyjmuję do wiadomości, że harmonogram udzielania świadczeń przez lekarzy Poradni Okulistycznej zostanie ustalony po wyborze Oferentów 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)