

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na:.....
.....
.....

składam niniejszą ofertę

PEŁNA NAZWA OFERENTA (zgodnie z właściwym rejestrem) :

.....
.....

ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI :

.....
.....

ADRES ZAMIESZKANIA:

NIP:

REGON:

NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU I DATA JEGO UZYSKANIA:

.....

Nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu:

.....

Kwalifikacje zawodowe (posiadane specjalizacje, kursy, uprawnienia, certyfikaty):

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

Przebieg pracy zawodowej.....

.....
.....

.....
.....
.....
.....
Proponowany harmonogram udzielenia świadczeń zdrowotnych:

DNI TYGODNIA	OD.....DO.....	LICZBA GODZIN
poniedziałek		
wtorek		
środa		
czwartek		
piątek		
sobota		
niedziela		
Przeciętna liczba godzin w tygodniu		

Proponowana kwota należności za realizację zamówienia:

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

Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:

.....

(wpisać bank i nr konta)

Oświadczam, że zapoznałem/(am) się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

Oświadczam, że uważam się związany (a) ofertą przez okres 30 dni od dnia, w którym upłynął termin składania ofert.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji postępowania konkursowego zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 r., poz. 922 ze zm.)

Do niniejszej oferty załączam wymagane w warunkach zamówienia dokumenty i oświadczenia jako załączniki:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....

.....
podpis i pieczęć oferenta

.....
miejscowość i data

