

OFERTA

Składam ofertę w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich na rzecz PacjenteK przebywających w Powiatowych Zakładach Opiekuńczo - Lecznicych w Grojcu

I DANE O OFERENCIE:

Nazwa oferenta lub imię i nazwisko

.....

PESEL:

REGON.....NIP.....

Adres

Tel/fax.:

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

II. OKREŚLENIE WARUNKÓW WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM NINIEJSZEJ OFERTY:

1.Świadczenia zdrowotne zawarte w ofercie wykonywane będą zgodnie z wymaganiami zawartymi w specyfikacji – szczegółowych warunkach konkursu.

2.Oświadczam, iż oferowana usługa spełnia wymogi określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

3.Oświadczam, że złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert..

4.Oświadczam, że dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania zamówienia.

V.OŚWIADCZAM, ŻE SPEŁNIAM WARUNKI OKREŚLONE W ART. 18 UST. 6 USTAWY Z 15 KWIETNIA 2011 R. O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ ŻE ZAPOZNAŁEM/ZAPOZNAŁAM SIĘ Z TREŚCIĄ OGŁOSZENIA - KONKURS OFERT NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NA RZECZ PACJENTEK PRZEBYWAJĄCYCH W POWIATOWYCH ZAKŁADACH OPIEKUŃCZO - LECZNICZYCH W GROJCU, Z TREŚCIĄ SPECYFIKACJI - SZCZEGÓLWE WARUNKI KONKURSU ORAZ TEREŚCIĄ UMOWY.

.....

data podpis oferenta

Załącznik nr 2

.....dnia.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że posiadam pełną zdolności do czynności prawnych.

.....

data podpis oferenta

h

Załącznik nr 5

.....
(miejscowość , data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
adres

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie prowadzę indywidualnej praktyki lekarskiej.

.....
podpis

