**Dane o oferencie:**

1. **Pełna nazwa działalności oferenta z adresem:** ………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**2. Imię i nazwisko oraz adres do doręczeń:**

Imię i nazwisko …………………………………………………………………………………………………………………………….

miejscowość .........................................................ul. ............................................... nr ......................

kod pocztowy ................................ poczta ...........................................................................................

dane do kontaktu; tel............................ fax ........................... adres poczty elektronicznej......................

Regon .................................................... NIP ......................................................................................

PESEL………………………………………………………………………………………………………………………………...

**3. Adres do korespondencji /w przypadku, gdy jest inny niż adres zamieszkania/**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Samodzielny Publiczny**

**Zakład Opieki Zdrowotnej**

**w Mońkach**

**Al. Niepodległości 9**

# O F E R T A

1.Przedmiotem postępowania konkursowego są świadczenia zdrowotne w zakresie rehabilitacji leczniczej wykonywane przez lekarza w Oddziale Rehabilitacyjnym, Zakładzie Rehabilitacji Leczniczej, Ośrodku Dziennej Rehabilitacji oraz w Poradni Rehabilitacyjnej   
SP ZOZ w Mońkach.

W czasie realizacji umowy będę korzystał(a) z pomieszczeń oraz z wyposażenia w sprzęt stanowiących własność SP ZOZ w Mońkach .

2. W czasie realizacji umowy będę korzystał (a) z materiałów i środków diagnostycznych

zakupionych przez SP ZOZ w Mońkach.

3. Posiadam prawo wykonywania zawodu Nr.......................................................................

4.Posiadam następujące kwalifikacje:

Specjalizacja w zakresie /stopień i zakres/………………………..nr dokumentu

specjalizacji i data wydania………………………………………………..

5. Staż pracy ………………………...…….w tym w SP ZOZ w Mońkach…………………….

6. Proponuję należność finansową w wysokości:

……………………………………………………………………………………………….…

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

7. Świadczenia będą wykonywane w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym

zamówienia.

……......................... ............................................................

data czytelny podpis oferenta

\* niepotrzebne skreślić

**O ś w i a d c z e n i e**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z materiałami informacyjnymi i z Regulaminem konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenie zdrowotne.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres określony w ogłoszeniu.
5. Oświadczam, że uważam się związany (a) ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do projektu umowy   
   i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w tym projekcie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
7. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są aktualne na dzień złożenia oferty i zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
8. Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym Zamówienia.
9. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne objęte konkursem udzielać będę w siedzibie SP ZOZ w Mońkach, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
10. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście.
11. Oświadczam, że posiadam/zawrę aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 i w terminie określonym w art. 25 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z wymogami określonymi w art. 18 ust. 1 pkt. 5 ustawy o działalności leczniczej i zobowiązuje się do przedłożenia kopii tej polisy udzielającemu zamówienia, najpóźniej w dniu podpisania umowy.
12. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz. U. z 2002 roku Nr 101 poz. 926 ze zmianami) o ochronie danych osobowych.

……………………………. ……………………………...

data czytelny podpis oferenta

**Załączniki:**

1.Dyplom ukończenia szkoły

2.Zaświadczenie o dokonaniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub oświadczenie

o dostarczeniu wpisu najpóźniej w dniu podpisania umowy

3.Zaświadczenie z Urzędu Statystycznego (Regon)

4.Polisa ubezpieczeniowa lub stosowne oświadczenie o dostarczeniu polisy najpóźniej w dniu podpisania umowy

5.Decyzja w sprawie nadania numeru identyfikacji podatkowej

6.Kserokopia dowodu osobistego