

**Formularz ofertowy****I. Dane identyfikujące Oferenta:**

1.	Nazwa Oferenta	
2.	Adres siedziby	
3.	NIP	
4.	REGON	
5.	Nr wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą	
6.	Nr polisy ubezpieczenia OC	

*II. Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych:*

1.	Zakres świadczeń zdrowotnych lub dziedzina medycyny	
2.	Proponowany harmonogram pracy lub dostępność godzinowa	

**III. Wynagrodzenie:**

1.	Forma wynagrodzenia (np. ryczałt, stawka godzinowa)	
2.	Kwota wynagrodzenia brutto	

Starogard Gdański, dnia .....

.....  
(podpis Oferenta lub pełnomocnika Oferenta)

**IV. Osoby wykonujące zawód medyczny, które będą uczestniczyć w realizacji Zamówienia**

1a.	Imię i nazwisko oraz rodzaj wykonywanego zawodu medycznego	
1b.	Nr prawa wykonywania zawodu	
1c.	Posiadane kwalifikacje zawodowe, w tym specjalizacje	
2a.	Imię i nazwisko oraz rodzaj wykonywanego zawodu medycznego	
2b.	Nr prawa wykonywania zawodu	
2c.	Posiadane kwalifikacje zawodowe, w tym specjalizacje	
3a.	Imię i nazwisko oraz rodzaj wykonywanego zawodu medycznego	
3b.	Nr prawa wykonywania zawodu	
3c.	Posiadane kwalifikacje zawodowe, w tym specjalizacje	

Starogard Gdański, dnia .....

.....  
(podpis Oferenta lub pełnomocnika Oferenta)

**Pouczenie:**

*W razie większej liczby osób wykonujących zawód medyczny, które będą uczestniczyć w realizacji Zamówienia, osoby te wpisuje się na kolejnych egzemplarzach tej strony Formularza ofertowego.*

## V. Oświadczenia Oferenta:

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem się z treścią: Ogłoszenia, SWKO oraz projektu umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i akceptuję ich postanowienia w całości;
- 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym Ofertą określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217 ze zm.);
- 3) żadna z osób wykonujących zawód medyczny, które będą uczestniczyć w realizacji Zamówienia, nie została skazana prawomocnym wyrokiem karnym lub orzeczeniem dyscyplinarnym, a także nie zachodzą w stosunku do niej inne ograniczenia wykonywania zawodu.

Starogard Gdański, dnia .....

.....  
(podpis Oferenta lub pełnomocnika Oferenta)