**FORMULARZ OFERTOWY**

**I. Dane o oferencie:**

1. Pełna nazwa/lub imię i nazwisko :
2. Adres/ siedziba działalności :………………………………………………………………..
3. NIP:…………………………………………………………………………………………..
4. REGON:……………………………………………………………………………………...
5. Numer wpisu do rejestru: ………………………………………………………………………………………………
6. Oznaczenie organu dokonującego wpisu do rejestru: ……………………………………………………………………..
7. Numer prawa wykonywania zawodu:………………………………………………………..
8. Telefon: ……………………………………………………………
9. Adres poczty elektronicznej: …………………………………………………………………………………
10. Kwalifikacje zawodowe/szkolenia/kursy:

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia (wraz z załącznikami) opublikowanego przez Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dywitach z filią w Tuławkach, dotyczącego konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych i zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia.
2. Przedmiotem oferty jest udzielanie świadczeń z zakresu:

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

na rzecz pacjentów Samodzielnego Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Dywitach

1. Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych  
    nr ………………………………….. **oferuję cenę brutto za punkt rozliczeniowy**   
    **w wysokości** ……….... **% stawki za punkt rozliczeniowy, zgodnie z umową zawartą   
    z NFZ.**
2. Posiadam …………… letnie doświadczenie zawodowe w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.
3. Czas trwania umowy: ………………………………………………..………………….…
4. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń w godzinach i dniach pracy Samodzielnego Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Dywitach z filia Tuławki 37 ,   
    w terminach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia w szacunkowej **ilości:** ……………. **godzin** **miesięcznie,**
5. Proponuję następującą liczbę dni nieodpłatnej przerwy w pracy: ……………
6. Do oferty dołączam następujące dokumenty:

…………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….. lub

Oświadczam, że dokumenty zgodnie z załącznikiem nr 2 złożone do poprzednich postępowań na udzielanie świadczeń zdrowotnych zachowują ważność, aktualność, nie uległy zmianie i znajdują się w posiadaniu Państwa jednostki.

Oświadczam, iż z uwagi na fakt, że niektóre z dokumentów wymienionych w załączniku   
nr 2 utraciły swoją ważność, nie są aktualne lub ich złożenie jest wymagane do oferty dołączam:

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

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

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

1. Oświadczam, że udzielanie świadczeń zostanie wykonane w sposób obejmujący całość elementów i zagadnień ujętych w Szczegółowych warunkach konkursu ofert oraz wymaganych w tym zakresie przepisów prawa.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu konkursu zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku   
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

……………………………… ………….……………

Miejscowość, data podpis