Załącznik Nr 3 do Zarządzenia Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sławkowie

lek. Aleksandry Mura NR 44/K/2024 z dnia 31.10.2024 r.

**Formularz Ofertowy**

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: **Pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej**

Dane oferenta ( imię, nazwisko, adres i siedziba )

Środki łączności:

Telefon……………………………….

e- mail…………………………………

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą………………………….

Kwalifikacje zawodowe:

Oświadczam, że do chwili obecnej **posiadam/ nie posiadam** umowy z udzielającym zamówienie.

Proponuję należność za realizację świadczeń zdrowotnych:………………………….

**Oświadczam ,ze zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert , wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.**

**Oświadczam, że spełniam warunki do udzielania świadczeń zdrowotnych na warunkach podanych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert oraz w umowie.**

**Zobowiązuję się do wykonywania usług objętych umową z należyta starannością i wymogami wiedzy medycznej, zgodnie z warunkami umieszczonymi w szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert oraz w umowie. Zobowiązuję się do stosowania etyki lekarskiej. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie ustalonym z Zamawiającym.**

……………………………….dnia……………………..2024 r.

Podpis i pieczątka Przyjmującego Zamówienie.