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

lek. Aleksandry Mura NR 7/K/2025 z dnia 13.02.2025 r.

**Formularz Ofertowy**

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: **Rejestratorki Medycznej**

* Dane oferenta ( imię, nazwisko, adres )
* Środki łączności:

Telefon……………………………….

e- mail…………………………………

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

**Oświadczam, że 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……………………..20….. r.

Podpis Oferenta: ……………………………………………..