Załącznik Nr 1

do Szczegółowych warunków konkursu ofert

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

w Miejskim Centrum Medycznym „Bałuty”   
 w Łodzi

# OFERTA

# na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ginekologii i położnictwa

Pełna nazwa Oferenta / imię i nazwisko

.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Adres Oferenta:

Kod pocztowy ........... - ................... miejscowość ......................................................................

ul. ................................................................. nr .................

Tel. .......................................................

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

# Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ginekologii i położnictwa

zgodnie z ogłoszonym konkursem ofert.

1. Oświadczam, że posiadam wymagane kwalifikacje i uprawnienia niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert.
2. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę...................................brutto (słownie:………………………………………………………….) za 1 punkt rozliczeniowy.

1. Oferuję wykonywanie przedmiotu zamówienia w wymiarze ……………...............godzin tygodniowo.
2. Oświadczam, że posiadam ……………- letnie doświadczenie w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa ( położnictwa).

................................................................

Data ......................................... Pieczątka i podpis Oferenta

\*Niepotrzebne skreślić

Zał. Nr 2

do Szczegółowych warunków konkursu ofert

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Miejskim Centrum Medycznym „Bałuty” w Łodzi

...................................................................

( imię i nazwisko Oferenta)

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że zapoznałam się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz ze wzorem umowy i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że pozostanę związana złożoną ofertą przez okres 30 dni, liczony od dnia upływu terminu składania ofert.
3. Oświadczam, że dokument ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie oferowanego rodzaju świadczeń zdrowotnych zostanie złożony najpóźniej do dnia podpisania umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.

....................................................................

(data, podpis i pieczątka oferenta)