

FORMULARZ OFERTOWY
dla ratownika medycznego/ratownika medycznego-kierowcy

I DANE OFERENTA:

NAZWA OFERENTA	
ADRES SIEDZIBY	
NR WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ (jeżeli dotyczy)	
Numer KRS (jeżeli dotyczy)	
REGON	
NIP	
NR TELEFONU	
E- MAIL	

II NAZWA BANKU ORAZ NUMER KONTA OFERENTA, NA KTÓRE UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA BĘDZIE DOKONYWAŁ EWENTUALNYCH PŁATNOŚCI:

Nazwa banku:

Numer rachunku bankowego: **III OŚWIADCZAM, ŻE:**

- Zapoznałem się z ogłoszeniem o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu, dołączonymi załącznikami, projektem umowy i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
- Zapoznałem się z warunkami udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wydanymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
- Dopełnię obowiązku ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie objętym przedmiotem umowy przez cały okres jej obowiązywania.
- Zobowiązuję się do bieżącego aktualizowania dokumentów, oświadczeń oraz informacji niezbędnych do realizacji umowy.
- Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach jest moim podstawowym miejscem udzielania świadczeń*.
 Tak Nie
- Oświadczam, że nie zawarłem umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia w tym samym zakresie.*
 Tak Nie
- Oświadczam, że akceptuję bez zastrzeżeń wzór umowy przedstawiony w załączeniu do szczegółowych warunków konkursu ofert.

*zakreślić właściwe

.....
(data i miejsce).....
(podpis oferenta)

ZAWARTOŚĆ OFERTY

(właściwe zaznaczyć x):

- Formularz cenowy
- Oświadczenie oferenta o zastrzeżeniu informacji stanowiących tajemnicą przedsiębiorcy
- Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z informacją i wyrażeniu zgody na przetwarzanie i administrowanie danych przez udzielającego zamówienia
- Kserokopia zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
- Kserokopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub KRS
- Kserokopii polisy ubezpieczeniowej
- Kserokopia prawa wykonywania zawodu
- Kserokopia dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe
- Kserokopia dokumentów potwierdzających dodatkowe kwalifikacje
- Kserokopia orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu
- Kserokopia zaświadczenia o odbytych szkoleniu BHP
- Inne.....

.....