

Pieczęć jednostki:

FORMULARZ 'OFERTA'

Nazwa i siedziba Oferenta:

.....

.....

Nr telefonu / Nr faxu.....email

REGON -, NIP -

Osoba uprawniona do kontaktu z Udzielającym zamówienia:

Nawiązując do ogłoszenia WSSz im. M. Pirogowa w Łodzi o konkursie ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu konsultacji okulistycznych dla pacjentów Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. M. Pirogowa w Łodzi oświadczam, iż:

1. Zapoznałam/łem się z warunkami zawartymi w dokumentacji konkursowej i wyrażam zgodę na wszystkie warunki w niej określone;
2. Wszystkie wymagane w niniejszym postępowaniu konkursowym oświadczenia składam ze świadomością odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, w celu uzyskania korzyści majątkowych;
3. Posiadam co najmniej letni staż pracy w zawodzie lekarza okulisty
4. Posiadam specjalizację.....(nazwa, stopień) posiadam tytuł naukowy...../
5. Wyrażam swoją gotowość do pracy w 24h/7 dni w tygodniu/* W dni robocze w godz. 8:00-15:30*
6. *prowadzę/nie prowadzę** indywidualną praktykę lekarską;
7. Realizuję procedury z okulistyki na rzecz Oddziałów neonatologicznychod(liczba m-cy)
8. Nie byłam(łem) karana(y) za wykroczenia zawodowe;
9. Nie jestem pracownikiem WSSz im. M. Pirogowa/Jestem byłym pracownikiem WSSz im. M. Pirogowa, z którym umowa została rozwiązana nie z mojej winy*;
10. Wskazuję cenę brutto za 1 konsultację okulistyczną noworodka lub wcześniaka w wysokości PLN (słownie.....)
11. Wskazuję szacunkową maksymalną wartość brutto konsultacji okulistycznych dla noworodków w wysokości: (12 mcy x 20 konsultacji miesięcznie x cena konsultacji brutto z pkt. 10) 12x20x..... =

.....

Miejscowość i Data

.....

Podpis osoby upoważnionej

*Niepotrzebne należy skreślić