**Załącznik Nr 1**

**Formularz ofertowy**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu lekarz medycyny pracy**

**od dnia 18.01.2019 r. do dnia 31.01.2021 r.**

1. Niniejsza oferta dotyczy\* :

- lekarza medycyny pracy

1. Dane o oferencie :
2. Nazwa / imię i nazwisko oferenta oraz adres zamieszkania , numer telefonu kontaktowego

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczenia

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia Podlaskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Białymstoku o konkursie ofert z zakresu **lekarz medycyny pracy** od dnia 18.01.2019 r. do dnia 31.01.2021 r. i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
2. Oświadczam, iż posiadam odpowiednie uprawnienia i niezbędne kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym.
3. Oświadczam, iż spełniam warunki ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. 2018.2190 j.t.).
4. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na podpisanie umowy o treści określonej przez Zamawiającego ( do wglądu w siedzibie PWOMP ) z uwzględnieniem wykonania obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

**PODANIE DANYCH NIEZGODNYCH Z PRAWDĄ SKUTKUJE NATYCHMMIASTOWYM ODRZUCENIEM PRZEDŁOŻONEJ OFERTY**

Załączniki do formularza ofertowego

- dyplom uczelni,

- prawo wykonywania zawodu,

- dyplom specjalizacji,

- REGON (w przypadku prowadzonej działalności gospodarczej)

- wpis do rejestru zoz prowadzonego przez wojewodę, OIL lub wpis do ewidencji działalności gospodarczej,

- aktualna polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,

- proponowana cena: ………………….brutto / netto \* ( za godzinę, od przebadanej osoby lub za przepracowany dzień\*),

- staż pracy w zawodzie objętym postępowaniem konkursowym: ………………….

**………………………………… ………………………………………**

miejscowość , data podpis oferenta

\*niepotrzebne skreślić