

Formularz ofertowy
na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu lekarz medycyny pracy
od dnia 01.02.2017 r. do dnia 31.01.2020 r.

1. Niniejsza oferta dotyczy* :

- lekarza medycyny pracy

2. Dane o oferencie :

a) 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 01.02.2017 r. do dnia 31.01.2020 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. 2016.1638 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 NATYCHMIASTOWYM 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,

- polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,

- proponowana cena:

- staż pracy w zawodzie objętym postępowaniem konkursowym:

.....

miejsowość , data

.....

podpis oferenta

*niepotrzebne skreślić