

## FORMULARZ OFERTOWY

.....  
(miejsowość, data)

**Poznański Ośrodek Specjalistycznych  
Usług Medycznych  
Al. Solidarności 36  
61-696 Poznań**

### Dane identyfikacyjne Oferenta:

Imię i nazwisko Oferenta .....

Nazwa indywidualnej/ indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej\*  
.....  
.....

NIP\* .....REGON\* .....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą\* .....  
prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską w\* .....

*\*wypełniają tylko lekarze prowadzący praktykę zawodową*

Adres zamieszkania.....

Adres do korespondencji .....

tel. kontaktowy .....

adres mail.....

Składając ofertę w konkursie ofert o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza z **zakresu neurologii** proponuję:

a) procent ..... za 1 punkt rozliczeniowy.

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz SWKO o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza w danej poradni, które akceptuję;
- 2) akceptuję warunki umowy, której projekt został zawarty w **Załączniku Nr 2 do SWKO** i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wskazanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienia;
- 3) uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert;
- 4) jestem świadomy, iż moja oferta w zakresie maksymalnej miesięcznej liczby godzin udzielania przeze mnie świadczeń objętych przedmiotem zamówienia nie stanowi podstawy roszczenia wobec Udzielającego zamówienia o ich przyznanie w każdym miesiącu lub roszczenia o zapłatę za gotowość do świadczenia usługi;
- 5) posiadam stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza w ramach udzielonego w drodze niniejszego konkursu zamówienia;
- 6) nie rozwiązano ze mną z przyczyn leżących po mojej stronie umowy o pracę, stanowiącej podstawę wykonywania zadań na rzecz Udzielającego zamówienia;
- 7) nie rozwiązano ze mną z przyczyn leżących po mojej stronie umowy o świadczenie usług na rzecz Udzielającego zamówienie.

**Proponowany przez Oferenta harmonogram świadczenia usług**

	<b>Proponowane godziny udzielania przez Oferenta świadczeń objętych przedmiotem konkursu</b>
<b>Poniedziałek</b>	.....
<b>Wtorek</b>	.....
<b>Środa</b>	.....
<b>Czwartek</b>	.....
<b>Piątek</b>	.....

Ofertę niniejszą składam na ..... kolejno ponumerowanych kartach.

*Administratorem Państwa danych osobowych jest Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych (POSUM) Aleja Solidarności 36, 61-695 Poznań, tel. 61 647 77 77. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: [iod@posum.pl](mailto:iod@posum.pl). Dane osobowe przetwarzane są w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego i w związku z udzieleniem zamówienia na świadczenia objęte przedmiotem konkursu na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO. Więcej informacji na stronie internetowej POSUM (<https://posum.pl/wp-content/uploads/2023/11/klauzulainformacyjnaKontrahent.pdf>) lub w siedzibie Administratora.*

.....  
data

.....  
czytelny podpis Oferenta