

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 alergologii** 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

	Proponowane godziny udzielania przez Oferenta świadczeń objętych przedmiotem konkursu
Poniedziałek
Wtorek
Środa
Czwartek
Piątek

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. 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