

**FORMULARZ OFERTOWY**

Niniejszym zgłaszam swoje uczestnictwo w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych należących do kompetencji położnej

**Uwaga!**

Sposób wypełniania oferty przedstawiono na ostatniej stronie

Lp.	A	B	C
1	Imiona i nazwisko / Nazwa oferenta  Imiona rodziców  PESEL		
2	Adres korespondencyjny / nr kontaktowy		
3	Numer Prawa wykonywania zawodu		
4	Okres obowiązywania polisy		
5	Kwalifikacje zawodowe (specjalizacja, kursy)		
6	Proponowana stawka	.....	
7	Proponowany czas trwania umowy	Od .....r. do ..... r	

Uwaga!

1. Wypełnić czytelnie WIELKIMI literami.
2. W kolumnie A wskazano rodzaj wymaganej informacji, którą oferent podaje w kolumnie B. Kolumnę C wypełnia Komisja Konkursowa, przyznając punkty od 1 do 10.
3. W przypadku braku miejsca w niniejszym formularzu na podanie wszystkich danych, informacje należy zapisać na dodatkowej karcie i dołączyć do oferty.
4. Wszystkie strony ofert, załączniki oraz zapisy o zmianach w treści udzielanych informacji muszą być parafowane.

## WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW

Wraz z ofertą konkursową oraz oświadczeniami o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i akceptacji postanowień umowy, która zostanie podpisana z osobą wskazaną przez Komisję Konkursową :

1. Jako osoba prowadząca indywidualną/grupową praktykę lekarską składam:

- Kopię dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji zawodowych (w tym dyplom, prawo wykonywania zawodu, specjalizacje).
- Dokument potwierdzający doświadczenie zawodowe.
- Aktualne orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- Aktualne zaświadczenie lekarskie – badania wstępne (od lekarza medycyny pracy)
- Oświadczenia oferenta o zapoznaniu się z treścią konkursowego,
- Oświadczenie oferenta o akceptacji postanowień umowy, która zostanie podpisana z osobą wskazaną wskazaną przez Komisję Konkursową
- Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego
- Inne (wymienić):

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
data i podpis Oferenta