

FORMULARZ OFERTOWY

Dane Oferenta:

imię i nazwisko:

PESEL: _ _ _ _ _

specjalizacja:

tytuł/stopień naukowy:

W nawiązaniu do ogłoszenia Konkursu Ofert na **wykonywanie przez lekarzy ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie Poradni Alergologicznej** OLK w Gliwicach – SPZOZ składam ofertę liczby punktów i cenę jednostkową punktu za realizację zamówienia:

Lp.	Zakres świadczeń	Oferowana liczba punktów w okresie obowiązywania umowy [pkt.]	Oferowana cena 1 punktu [zł./pkt.]
1	Świadczenia w zakresie alergologii (porady)*		
2	Świadczenia w zakresie alergologii (pierwszorazowe)*		
3	Odpłatne porady udzielane pacjentom nieuprawnionym do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych*		

* – wszystkie pozycje muszą być wypełnione.

Jednocześnie oświadczam, że:

- zapoznałem(-am) się z treścią ogłoszenia OLK w Gliwicach – SPZOZ o Konkursie Ofert na wykonywanie przez lekarzy ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie alergologii w Poradni Alergologicznej oraz Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń,
- zapoznałem(-am) się z treścią Klauzuli Informacyjnej (załącznik nr 1 do WKO) i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia Konkursu Ofert,
- przyjmuję do wiadomości, że harmonogram udzielania świadczeń przez lekarzy Poradni Alergologicznej zostanie ustalony po wyborze Oferentów i wymaga akceptacji przez NFZ,
- uważam się za związanego(-ą) ofertą przez okres 30 dni licząc od ostatniego dnia przyjmowania ofert.

.....
(data)

.....
(podpis Oferenta, pieczęć)