



FORMULARZ OFERTOWY

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

.....

Adres

.....

(wpisać odpowiedni zakres zgodnie ze „Szczegółowymi warunkami konkursu” i rodzaj umowy)

Imię i nazwisko:

--	--

PESEL:

TELEFON:

E-MAIL:

--	--	--

1. Kryterium oceny:

a) **Cena za 1 godzinę (zł) :**

2. Nr prawa wykonywania zawodu:

--

Do oferty załączam poświadczony kopie:*

1. Indywidualna praktyka lekarska

- dyplom lekarza,
- potwierdzonej za zgodność kopii prawa wykonywania zawodu,
- specjalizacje oraz dokumenty poświadczające dodatkowe uprawnienia,
- Zaświadczenie o wpisie do Rejestru Podmiotów wykonujących Działalność Leczniczą, DIL
- Księga rejestrowa w DIL,
- Centralna Ewidencja i informacja o Działalności Gospodarczej (dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą),



-
- kopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej (dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą),
 - wpis do rejestrów: wojewody, właściwych izb lub inny dokument zezwalający na prowadzenie działalności (w zakresie, który dotyczy danego oferenta).
 - Oświadczenia Oferenta
 - informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego, zgodnie z przepisami art. 21 ust. 3-8 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. z 2024 r. poz. 560) nie starszą niż sprzed trzech miesięcy przed terminem składania ofert.
 - Klauzula informacyjna i zgoda rekrutacyjna

Święta Katarzyna,2024r.

Data, pieczęć i podpis Oferenta

* Dokumenty wymienione w ust. 1 mogą być przedłożone w formie kopii, poświadczonych „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta.