

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert dla pielęgniarek/pielęgniarzy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych na rzecz MCLChPiG w Otwocku (nr ogłoszenia: 30/2025)

składam niniejszą ofertę.

IMIĘ I NAZWISKO OFERENTA (NAZWA):

.....

NIP

REGON

NR TEL

e-mail:

NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU I DATA JEGO UZYSKANIA:

.....

Nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu:

.....

Kwalifikacje zawodowe (posiadane specjalizacje, kursy, uprawnienia, certyfikaty):

.....

.....

.....

.....

.....

Proponowana minimalna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu:

Proponowana kwota należności za 1 godzinę świadczenia usług:

Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:

.....
(wpisać bank i nr konta)

Oświadczam, że zapoznałem/(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz wzorem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

Oświadczam, że jestem/jesteśmy się związany (a) ofertą przez okres 30 dni od dnia, w którym upłynął termin składania ofert.

Do niniejszej oferty załączam wymagane w szczegółowych warunkach konkursu ofert dokumenty i oświadczenia jako załączniki:

Oświadczam, że wobec Oferenta został spełniony obowiązek informacyjny wynikający z RODO.

Oświadczam, że jestem uprawniony do podania do wiadomości Mazowieckiego Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu oferty jak i załącznikach do niego. Wyrażam zgodę na przetwarzanie tych danych na potrzeby przeprowadzenia niniejszego postępowania jak i wykonanie obowiązków wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa w tym RODO.

Do niniejszej oferty załączam wymagane w warunkach zamówienia dokumenty i oświadczenia jako załączniki:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

7.....

8.....

.....

miejsowość i data

.....

podpis i pieczęć oferenta