

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert **dla ratowników medycznych** na wykonywanie świadczeń zdrowotnych na rzecz MCLChPiG w Otwocku (nr ogłoszenia: 34/2025) składam niniejszą ofertę.

IMIĘ, NAZWISKO I ADRES LUB PEŁNA NAZWA OFERENTA:

.....
.....

NR TEL:

e-mail:

NIP:

REGON:

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

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

Proponowana minimalna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu:

Proponowana kwota należności za 1 godzinę świadczenia usług:

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 Gruzlicy 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.....

9.....

10.....

.....

miejsowość i data

.....

podpis i pieczęć oferenta