

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert **na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów lekarskich w oddziale szpitala na rzecz MCLChPiG w Otwocku (nr ogłoszenia: 11/2026)** składam niniejszą ofertę.

IMIĘ I NAZWISKO OFERENTA:

.....
.....

ADRES:

.....
.....

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):

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

Proponowany wymiar czasu świadczenia usług (ilość godzin/miesiąc):

Proponowana kwota za 1 godzinę świadczenia usług medycznych: zł brutto

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.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć oferenta)