***Załącznik nr 1 do WKO***

**Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej**

**Chorób Płuc i Gruźlicy  w Wolicy**

**Wolica 113, 62-872 Godziesze Małe**

**FORMULARZ OFERTOWY:**

**Oznaczenie oferenta:**

**Adres oferenta:**

**Adres do korespondencji:**

**Adres email:**

**Tel.: ...........................................................**

**Fax: ...........................................................**

**UWAGA:**

1. Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.
2. Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakres:** | **Proponowana wartość** |
| Udzielanie świadczeń zdrowotnych realizowanych przez lekarzy specjalistów chorób płuc w Przyszpitalnej Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia  od poniedziałku do piątku  w godzinach: | Procent wartości sumy punktów rozliczeniowych NFZ w miesiącu za udzielone świadczenia |
| 7:30 – 18:45 |  |

**Oświadczam, że:**

1. **zapoznałem się z treścią:**
2. ogłoszenia,
3. Warunków Konkursu Ofert (WKO),
4. projektu umowy (załącznik nr2 do WKO),

**akceptuję ich treść i nie wnoszę do ww. dokumentów żadnych zastrzeżeń.**

1. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy, zgodnie z postanowieniami WKO, w szczególności wzoru umowy, stanowiącego Załącznik nr 2 do WKO, oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.
2. **WYRAŻAM ZGODĘ / ODMAWIAM WYRAŻENIA ZGODY** na prowadzenie, w trakcie postępowania konkursowego, korespondencji drogą poczty elektronicznej lub faksu (dotyczy m.in. wezwania do uzupełnienia ewentualnych braków oferty).
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy.

……………………….. ………...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta