

**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.

<b>Zakres:</b>	<b>Proponowana wartość</b>
Udzielanie świadczeń zdrowotnych realizowanych przez lekarzy specjalistów chorób płuc w Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy w Kaliszu 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:**

- a) ogłoszenia,
- b) Warunków Konkursu Ofert (WKO),
- c) projektu umowy (załącznik nr2 do WKO),

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

- 2. 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.
- 3. **WYRAŻAM ZGODE / ODMAWIAM WYRAŻENIA ZGODY** na prowadzenie, w trakcie postępowania konkursowego, korespondencji drogą poczty elektronicznej lub faksu (dotyczy m.in. wezwania do uzupełnienia ewentualnych braków oferty).
- 4. 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 pieczęć Oferenta