

## FORMULARZ OFERTOWY

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych leżących w kompetencjach i uprawnieniach.....  
.....w Zespołach Ratownictwa Medycznego, w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu SP ZOZ z siedzibą przy ul. Rycerskiej 10.

PEŁNA NAZWA OFERENTA
ADRES OFERENTA
NR WPISU DO WŁAŚCIWEGO REJESTRU
OZNACZENIE ORGANU DOKONUJĄCEGO WPISU
NIP
REGON
NUMER TELEFONU:
ADRES EMAIL:

1. Oferuję następujące stawki ryczałtowe za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w charakterze.....:

a) ..... zł brutto w dni powszednie,  
słownie:.....

b) ..... zł brutto w soboty, niedziele i święta,  
słownie:.....

2. Oferowana liczba godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych w każdym miesiącu – minimalna liczba godzin nie może być niższa niż 72 – podać ilość:

a) .....

3. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od.....roku do.....roku.

4. Doświadczenie zawodowe, wpisać liczbę lat aktywności w zawodzie:

a).....

5. W załączeniu przedkładam następujące dokumenty:

a) .....

b).....

c).....

d).....

....

e).....

f).....

.....

**Dane osoby, która będzie udzielała świadczeń zdrowotnych na potrzeby uzyskania informacji z Rejestru Sprawców Przepędzeń na Tle Seksualnym** (zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępstwami na tle seksualnym) oraz §14 Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 lipca 2017 r. w sprawie trybu, sposobu i zakresu uzyskiwania i udostępniania informacji z Rejestru z dostępem ograniczonym oraz sposobu zakładania konta użytkownika:

1) numer PESEL .....

2) pierwsze imię .....

3) nazwisko .....

4) nazwisko rodowe .....

5) imię ojca .....

6) imię matki .....

7) data urodzenia.....

.....

Data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli