Zał. nr 1

……………………………

(pieczęć oferenta)

**Formularz ofertowy**

**Spr. 19/2025/KO**

|  |
| --- |
| I DANE OFERENTA |
| Nazwa praktyki /Imię i nazwisko  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….    Imiona rodziców………………………………………………………….nazwisko rodowe……………………………………………..  NIP…………………..………………..…… REGON………………………………………………PESEL …………………………….. |
| Adres ……………………………………………..............................………………………………………………………………………  Kontakt(nr.telef, e-mail)………………………………………………………………………………………………………………………… |
| 1.Dokument uprawniający do wykonywania zawodu ……………....……...............................................................................................  (proszę dołączyć potwierdzoną kserokopię (jeżeli dotyczy) )    2. Specjalizacja (jeżeli dotyczy)…………………………………………………………………………………………………………. |
| Dodatkowe kwalifikacje………………………………………………………………………………………………………………………… |
| II. OŚWIADCZENIE  Oświadczam, że:  1.  Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na usługi medyczne oraz z materiałami   konkursowymi i przyjmuję je bez zastrzeżeń,  2.  Zapoznałam/em się projektem Umowy – Kontraktu zobowiązuje się do jej podpisania na zaoferowanych warunkach,  3. Zobowiązuję się do przedłużenia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie   w/w świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia  22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu  przyjmującego zamówienie na świadczenie zdrowotne (Dz. U. Nr 293, poz. 1729) i przedstawienia jej  Zamawiającemu pod rygorem rozwiązania umowy.  4. Oświadczam, że wypełniłem/am obowiązki informacyjne przewidziane w art.14 RODO wobec osób   fizycznych od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskane w celu przedstawienia   niniejszej oferty\* *(jeżeli dotyczy)*  5. Zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej przetwarzaniu danych osobowych.  Oświadczam, że zostałam/em poinformowany o przysługujących mi prawach wynikających  z art. 13 ust. 4 RODO we związku z pozyskaniem, przetwarzaniem i przechowywaniem przez  Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzu moich danych osobowych**.**      ....................................  (czytelny podpis oferenta) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **II. OFERTA SZCZEGÓŁOWA**    **1**. **Oferuję wykonywanie – udzielanie świadczeń** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*proszę określić rodzaj świadczenia)*  w ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… *(miejsce udzielania świadczeń)*  w czasie: od …………………………………… do ………………………………………………  ilość godz. m-c……………………………………………………..  wynagrodzenie za 1 godz....……………………………………………………..zł. brutto.  Słownie:………………………………………………………………………………………..…………………………………..zł. brutto.  \*Wartość zamówienia ( wynagr. za 1 godz. x ilość godz. x ilość m-cy)= …………..……………………………..zł. brutto.  Słownie…………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………..……………………………………………..……………zł. brutto.  .....................................................................  ( czytelny podpis/podpis i pieczęć oferenta)  **Do wyliczenia wartości zamówienia przyjęto ilości szacunkowe, które mogą ulec zmianie i nie mogą być podstawą do jakichkolwiek roszczeń.** |  |