**FORMULARZ OFERTY**

**w zakresie rehabilitacji medycznej w Oddziale Rehabilitacji**

1. Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia:

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. Dane oferenta:

Nazwa działalności gospodarczej: ……………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |  | Data urodzenia | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres |  |  | PESEL |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Nazwa oferenta |  |  | Prawo wyk. zaw. | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Nr rejestru praktyki lekarskiej*** |  |  | REGON | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIP |  |  |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| telefon |  |  | e-mail: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. Rodzaj oferowanych świadczeń.

**Zadanie 4.** Świadczenie usług medycznych w Oddziale Rehabilitacji:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj oferowanych świadczeń | j.m. | kwota |
| 1. | Udzielanie świadczeń zdrowotnych przynajmniej 3x w tygodniu w godz. od 8:00 do 15:00 | godz. |  |

|  |
| --- |
|  |
| *Podpis i pieczęć oferenta* |

***Dokumenty:***

Kserokopia prawa wykonywania zawodu (strona ze zdjęciem, strona 2 i 3, strona z wpisaną specjalizacją),

Wypis z rejestru praktyk DIL

Dyplom AM

Wypis z rejestru ewidencji działalności gospodarczej

REGON

Dyplom specjalizacji

orzeczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza medycyny pracy

Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej