**Załącznik nr 1** do Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych nr KO 7/2024 na rzecz SPZOZ w Nowym Mieście nad Pilicą

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w ramach konkursu ofert na świadczenia opieki zdrowotnej nr KO 7/2024.:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko  lub nazwa podmiotu  oraz adres |  | | | | |
| PESEL |  | NIP |  | REGON |  |
| Nr tel. kontaktowego |  | | | | |
| Adres e-mail |  | | | | |

**Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych (właściwe zaznaczyć znakiem X w lewej kolumnie) i proponuję stawkę za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych (w pełnych złotych):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | **Wykonywania badań usg i opisywania ich wyniku w gabinecie SP ZOZ Nowe Miasto nad Pilicą** | **…………... zł brutto**  za 1 godzinę świadczeń |
| 2 | **Badań tomografii komputerowej, w tym także badań z użyciem kontrastu, współpracy przy wykonywaniu tych badań z technikami elektroradiologii i pielęgniarkami zatrudnionymi przez Udzielającego zamówienie. Opisywania wykonanych przez siebie badań tomografii komputerowej na stacjach opisowych należących do Udzielającego zamówienia zdalnie i lokalnie.** | **…………... zł brutto**  za 1 godzinę świadczeń |

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*** na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb przyszłych rekrutacji – w okresie do 2 lat od daty złożenia niniejszej oferty. W każdej chwili mogę wycofać zgodę.

………………………………………... ………………………………….

Miejscowość, data sporządzenia oferty podpis Oferenta

**\* Niepotrzebne skreślić**