**FORMULARZ OFERTOWY**

na świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę/pielęgniarza

Nazwa Oferenta ........................................................................................................................

Imię i nazwisko osoby/osób, które będą wykonywać zamówienie……………………………….

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

Adres Oferenta …......................................................................................................................

Tel./fax. .................................................................................................

E-mail: ………………………………………………………………………..

1. Oświadczam, że:
2. **prowadzę działalność gospodarczą** □

NIP ........................................................ REGON .............................................................

Oferuję wykonanie zamówienia (jedno badanie kolonoskopowe) za kwotę

brutto: ……………… (słownie złotych: .................................................................................)

1. **jestem zatrudniona/y w innym podmiocie** i moje miesięczne wynagrodzenie brutto stanowi co najmniej kwotę minimalnego wynagrodzenia określonego ustawowo □

PESEL ……………………………………………………

Oferuję wykonanie zamówienia (jedno badanie kolonoskopowe) za kwotę

brutto: ……………… (słownie złotych: .................................................................................)

1. **żadne z powyższych** □

PESEL ……………………………………………………

Oferuję wykonanie zamówienia (jedno badanie kolonoskopowe) za kwotę

brutto ……………………….. x 119,91% = ……………………………..

(słownie złotych: .......................................................................)

2. Zgłaszam gotowość wykonywania świadczeń w dniach: □ poniedziałek, □ wtorek, □ środa, □ czwartek, □ piątek w godz. …………………., w □ sobotę w godz. …………………..

Należy zaznaczyć w kratce wybrane dni.

3. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni, liczony

od dnia upływu terminu ich składania.

4. Oświadczam, że w przypadku wybrania mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie.

........................................ dnia ...........................

………………………………..

Podpis osoby upoważnionej

ZAŁĄCZNIK NR 1

………………………………………………………

(Pieczęć Oferenta/ dane oferenta)

**OŚWIADCZENIE**

Odpowiadając na Zapytanie ofertowe ja/my niżej podpisany/i oświadczam/my, co następuje:

1. podlegam/y obowiązkowemu ubezpieczeniu z tytułu odpowiedzialności cywilnej

podmiotu wykonującego działalność leczniczą, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia

2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. 2021, poz. 711, z późn. zm.);

1. nie jestem/jesteśmy związany/ni z Udzielającym zamówienia umową o pracę.

…………………, dn……........2022 roku

................................................................................

(Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta)