

FORMULARZ OFERTOWY

KONKURS OFERT NR 1/2025 W PAŁUCKIM CENTRUM ZDROWIA SP. Z O. O. W ŻNINIE

na udzielanie świadczeń zdrowotnych technika masaży w Zakładzie Rehabilitacji Leczniczej:

1. Dane oferenta:

Imię i nazwisko oferenta, nazwa	
Adres oferenta, firmy	
PESEL	
NIP	
REGON	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

2. Propozycja liczby godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu.

W każdym miesiącu oferowana liczba godzin udzielanych przeze mnie świadczeń zdrowotnych wynosić będzie: (nie mniej niż 160 godzin) h/ m-c
---	--------------

3. Załączniki*:

- dplom ukończenia technikum lub szkoły policealnej,**
- dokument potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego technik masaży,**
- zaświadczenie o wpisie Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego,**
- zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/ wydruk z CEIDG,**
- aktualna polisa ubezpieczeniowa OC/ lub oświadczenie o jej dostarczeniu po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego,**
- orzeczenie lekarskie od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych/ lub zobowiązanie jego dostarczenia,**

orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych

Oświadczenia Oferenta (załącznik nr 2 do SWKO)

.....

.....

.....

.....

.....

* właściwe oznaczyć znakiem X

miejsowość, data

czytelny podpis Oferenta