

**FORMULARZ OFERTY**  
( wzór )

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

**Usługi ratownika medycznego i kierowcy lub ratownika medycznego w Dziale Pomocy  
Doraźnej w Myszkowie, ul. Aleja Wolności 29.**

**I. Instrukcja dla oferenta:**

1. Niniejszy Formularz Ofert – traktowany jako wzór, winien być wypełniony, podpisany i opieczetowany z należytą starannością.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokument w postaci kserokopii musi być potwierdzony „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczętką – osobę uprawnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.

**II. Dane o Oferencie:**

1. Pełna nazwa Oferenta  
(imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru).

.....  
.....

**III. Adres Oferenta:**

ul. ...., nr .....

Kod pocztowy ....., miejscowość .....

Tel. (0.....) ....., faks (0.....).....

Regon....., NIP .....

e-mail.....

Nazwa banku i nr rachunku.....

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1)</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o świadczenie usług w niniejszym postępowaniu.

**Inne informacje Wykonawcy:**

.....

W załączeniu:

1. ....
2. ....

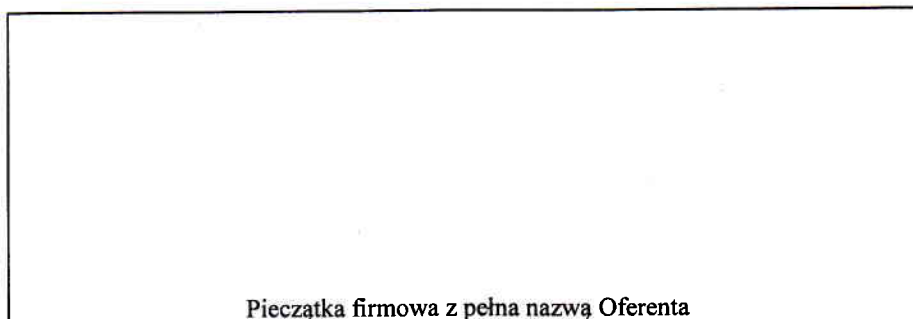
Na ..... kolejno ponumerowanych stronach składamy całość oferty.

....., dn. ....

.....

(pieczęć/podpisy osób/by upoważnionej)

**\*niepotrzebne skreślić**



## OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że jako Oferent przekazuję w załączeniu do oferty:

1/ Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego

2/ Nadanie numeru REGON

3/ Nadanie numeru NIP

**Dokumenty zawarte w pkt 1-3 – wymagane tylko w przypadku oferentów, którzy składają ofertę na świadczenia medyczne w SP ZOZ w Myszkowie po raz pierwszy.**

4/ polisa ubezpieczeniowa OC

5/ Zaświadczenie od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań wykonywania pracy lekarza.

6/ Aktualne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego w zakresie bhp adekwatnego dla swojej grupy zawodowej, którą reprezentuje i której charakter pracy wiąże się z narażeniem na czynniki szkodliwe dla zdrowia, uciążliwe lub niebezpieczne albo z odpowiedzialnością w zakresie bhp.

\* *niepotrzebne skreślić*

.....  
Miejscowość, data

.....  
podpis Oferenta