

Warszawa, dnia.....

.....  
nazwisko i imię

.....

.....  
adres

**Samodzielny Zespół Publicznych  
Zakładów Lecznictwa Otwartego  
Warszawa Praga-Północ  
ul. Jagiellońska 34  
03-719 Warszawa**

### OFERTA

- Niniejszym przedkładam ofertę na świadczenia usług w zakresie: **świadczenia zdrowotne w zakresie dermatologii**

Oferuję liczbę godzin: .....

Oferuję cena świadczenia: (zł/godz.) .....

Oferuję dyspozycyjność do realizacji świadczeń zdrowotnych w następujące dni:

poniedziałek w godz. ....

wtorek w godz. ....

środa w godz. ....

czwartek w godz. ....

piątek w godz. ....

- Oświadczam, że zapoznałem/am się ze szczegółowymi warunkami konkursu ogłoszonego przez Dyrektora SZPZLO Warszawa Praga – Północ 03-719 Warszawa, ul. Jagiellońska 34 na świadczenia zdrowotne w zakresie: **świadczenia zdrowotne w zakresie dermatologii** na okres **od 01.04.2024 r. do 31.12.2027r.** oraz, że nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

Oświadczam, że akceptuję wzór umowy stanowiący załącznik nr 4 do SWKO i w przypadku wyboru mojej oferty będę wykonywać świadczenia zdrowotne zgodnie z postanowieniami zawartymi w tej umowie.

Oświadczam, że nie zalegam w płatnościach na:

- 1) Zakład Ubezpieczeń Społecznych,
- 2) Urząd Skarbowy.

Oświadczam, że poddam się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie realizowanej umowy.

Załączniki: według § 7 ust. 2 Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SZPZLO Warszawa Praga-Północ dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).*

.....  
podpis i pieczęć oferenta