Załącznik nr 1
do szczegółowych warunków konkursu ofert
21/2026

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 i wenerologii**

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 i wenerologii**

na okres **od 01.12.2026 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