

**OFERTA**  
**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**  
**Z ZAKRESU .....**

SKŁADANA W POSTĘPOWANIU KONKURSOWYM OGŁOSZONYM PRZEZ  
SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM W SZCZECINIE

Ja niżej podpisana/-y .....  
oświadczam, że:

- zapoznałam/-em się z treścią ogłoszenia w sprawie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 2 PUM w Szczecinie;
- zapoznałam/-em się ze „Szczegółowymi warunkami konkursu” oraz wzorem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, do którego nie wnoszę uwag ani zastrzeżeń/*do którego wnoszę uwagi jak w załączeniu*<sup>1</sup>;
- w przypadku wyboru mojej oferty podpiszę umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SPSK-2 według wzoru stanowiącego załącznik do „Szczegółowych warunków konkursu”.

1. DANE OFERENTA :

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres

.....  
nr wpisu do rejestru

.....  
oznaczenie właściwego organu rejestrowego

2. LOKAL, APARATURĘ I SPRZĘT MEDYCZNY, ŚRODKI TRANSPORTU  
I ŁĄCZNOŚCI :  
Zapewnia udzielający zamówienia.

3. KWALIFIKACJE ZAWODOWE OFERENTA :

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

---

<sup>11</sup> Niepotrzebne skreślić

4. CZAS TRWANIA UMOWY :

.....

5. PROPONOWANĄ KWOTĘ WYNAGRODZENIA ZA REALIZACJĘ USŁUG  
OKREŚLA ZAŁĄCZNIK NR 1

Szczecin, dnia .....

.....  
Podpis oferenta