

FORMULARZ OFERTOWY

.....
pieczęćka oferenta.....
miejscowość i data

OFERTA

na wykonywanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi w stosunku do kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych, uczniów tych szkół oraz studentów, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia oraz uczestników studiów doktoranckich, którzy w trakcie studiów narażeni są na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia - w ramach konkursu ofert ogłoszonego w dniu 14 stycznia 2025 r. przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Koszalinie na jego stronie internetowej: www.womp.koszalin.pl

1. Informacje o ofercie(wypełnić właściwie)

1) Pełna nazwa zakładu opieki zdrowotnej Oferenta

.....
.....

Adres i siedziba zakładu opieki zdrowotnej oraz numer wpisu do rejestru

zakładów opieki zdrowotnej, REGON/ NIP

.....
.....

2) Imię i nazwisko, adres, numer wpisu do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, oznaczenie organu dokonującego wpisu, REGON/NIP oraz stosowana nazwa praktyki lekarskiej:

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

3) Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej oraz organ, dokonujący

wpisu:.....

2. Oferowana liczba badań w okresie trwania umowy - oraz powiaty, z których uczniowie objęci będą badaniami

(wg Specyfikacji - powiaty : 1)szczecinecki - 1900, 2) kołobrzesci - 3100, 3) sławieński - 1300 ,4) świdwiński - 1600, 5) drawski - 800)

3. Proponowane wynagrodzenie za przebadanie jednej osoby uprawnionejzł brutto (słownie)

łącznie brutto

6. Proponowany czas trwania umowy – 3 lata – oddo

Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursu ofert z dnia 14.01.2025 r., projektem umowy oraz, że warunki tam określone – przyjmuje;
2. wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych i specjalistycznych jest przeze mnie zapewnione.

Podpis Oferenta