

(pieczęć oferenta)

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
z siedzibą w Szczepieszynie
ul. Klukowskiego 3
22 – 460 Szczepieszyn

FORMULARZ OFERTOWY
dot. postępowania nr 0510K/2/2018

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne w szpitalnym Oddziale Wewnętrznym w trybie hospitalizacji planowej.

1	Nazwa oferenta	
2	Imię i nazwisko osoby reprezentującej oferenta lub upoważnionej do podpisania umowy	
3	Adres do korespondencji	
4	REGON	
5	NIP / PESEL (dotyczy osób fizycznych)	
6	Adres poczty elektronicznej	
7	Proponowane stawki brutto	1)% wartości za wykonaną procedurę medyczną 2) PLN (słownie: złotych .../100) za każdą pełną godzinę dyżuru pod telefonem 3) PLN (słownie: złotych .../100) za każdą pełną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w wyniku wezwania

- Oświadczam, że **zapoznałem*/zapoznałam*** się z treścią ogłoszenia w sprawie konkursu ofert oraz szczegółowymi warunkami zamówienia do konkursu ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
- Oświadczam, że wzór załączonej umowy został przeze mnie zaakceptowany i nie wnoszę do jej treści zastrzeżeń.
- Oświadczam, że w zakresie realizacji tej umowy będę się we własnym zakresie rozliczać z ZUS i US z tytułu ubezpieczenia społecznego i ubezpieczenia zdrowotnego oraz z tytułu podatków.
- Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż zobowiązany jestem do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia i zobowiązuje się, że stosowną polisę ubezpieczenia dołączę w formie załącznika do umowy.
- Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do podjęcia się wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia i aktualne zaświadczenie o odbytym szkoleniu z zakresu bhp oraz zobowiązuje się, że stosowne dokumenty dołączę w formie załącznika do umowy.
- Zobowiązuję się do zapewnienia realizacji przedmiotowych świadczeń zdrowotnych, współpracując z personelem Udzielającego Zamówienia.

Do oferty załączam:

- Aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG),
- Aktualne zaświadczenie*/Aktualny wydruk*** o wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

***zaznaczyć właściwe**

(miejscowość i data)

(pieczęć imienna i podpis oferenta)