

.....  
(pieczętka oferenta)

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

### FORMULARZ OFERTOWY

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne kod 85110000-04 ogólne usługi lekarskie w szpitalnym Oddziale Wewnętrznym w postępowaniu nr 0510K/1/2018.

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	Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w tygodniu	
8	Proponowana kwota należności brutto za 1 pełną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych.	

- 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.

\*zaznaczyć właściwe

#### **Do oferty załączam:**

- Aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG),
- Aktualne zaświadczenie o wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą lub zaświadczenie właściwej Okręgowej Izby Lekarskiej o wpisie do RPWDL,

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczętka imienna i podpis oferenta)