

.....
(pieczęćka oferenta)

Załącznik nr 1a
do warunków konkursu
Podmiot leczniczy

FORMULARZ OFERTOWY
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w rodzaju Podstawowej Opieki Zdrowotnej
Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Szczepieszczyne
w postępowaniu nr 0510K.4.2023

Nr REGON oferenta		NIP	
Nazwa oferenta		
		
Adres do korespondencji, telefon kontaktowy		
		
Nazwa banku Nr konta		
		
Proponowane stawki brutto:			
1.zł (słownie:złotych /100) brutto za 1 pełną godzinę udzielania świadczeń w rodzaju Podstawowej Opieki Zdrowotnej.			

I. Oświadczenia:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen.
2. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie personelu wynosi:
1..... lat,
2..... lat,
3..... lat,
4..... lat
3. Oświadczam, że staż pracy personelu w POZ wynosi:
1..... lat,
2..... lat,

3.....lat,

4.....lat.

4. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres **od dnia 09 października 2023 r. do 08 października 2025 r.** i wyrażam zgodę na jej ewentualne przedłużenie w drodze aneksu na kolejny okres nieprzekraczający 3 m-cy.
6. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.
7. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Warunków konkursu ofert z dnia 18 września 2023 r. i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
8. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
9. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
11. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym Zamówienia oraz zgodnie z ustalonym harmonogramem.

II. Do oferty załączam:

1. Odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą / zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**,
2. Aktualny odpis właściwego rejestru Krajowego Rejestru Sądowego / wyciąg z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej*,
3. Umowa spółki cywilnej (jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej) *,
4. Prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane przez odpowiednią Okręgową Radę Lekarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych**,
5. Dyplom lekarza**,
6. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe – w tym specjalizacje (tj. dyplom specjalizacji, certyfikaty):
 - 1)
 - 2)
 - 3)
 - 4)

(inne dokumenty – wskazać jakie)

*- niewłaściwe skreślić,

** - jeśli dotyczy.

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczęć i podpis osoby uprawnionej)