



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

MAŁOPOLSKA



Fundusze Europejskie
Program Regionalny

FORMULARZ OFERTY

w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu badań endoskopowych – kolonoskopii wraz ze znieczuleniem przez zespół lekarz/pielęgniarka w Pracowni Endoskopowej Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie w ramach Programu badań profilaktycznych raka jelita grubego.

Nazwa Oferenta.....

Adres (siedziba) Oferenta.....

Nr telefonu Adres email:.....

NIP

Regon

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu badań endoskopowych – kolonoskopii wraz ze znieczuleniem przez zespół lekarz/pielęgniarka w Pracowni Endoskopowej Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie w ramach Programu badań profilaktycznych raka jelita grubego składam ofertę na udzielanie świadczeń:

Nazwa oferenta	Cena za wykonanie 1 badania (zł)	Cena za wykonanie 1 znieczulenia (zł)
..... imię i nazwisko dla lekarza wykonującego badanie endoskopowe - kolonoskopię dla lekarza anestezjologa
..... lekarz / pielęgniarka dla pielęgniarki asystującej przy wykonywaniu badania endoskopowego - kolonoskopii dla pielęgniarki anestezjologicznej

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią: ogłoszenia, szczegółowych warunków konkursu ofert oraz projektem umowy oraz nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
- Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielać będę przy wykorzystaniu pomieszczeń, wyposażenia, aparatury i sprzętu medycznego, środków medycznych, środków transportu i łączności udostępnionych przez Udzielającego Zamówienia.
- Oświadczam, że ze złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.
- Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w miejscu i czasie wyznaczonym przez organizatora konkursu.
- Oświadczam, że w razie wyboru mojej oferty najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej odpowiadającego warunkom obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej określonego w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2016, poz. 1638 ze zm.) i zgodnego z przepisami wydanymi na jego podstawie oraz zobowiązuję się do utrzymywania aktualnego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.

.....
Podpis Oferenta lub osób uprawnionych
do reprezentowania Oferenta