

## FORMULARZ OFERTY

### Grupa I Lekarze

w konkursie ofert polegających na pełnieniu świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżurów lekarskich w Dziale Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej ( ambulatorium ) , w tym także wyjazdów do pacjentów w miejsce ich pobytu ( transport w własnym zakresie ). Podmiot zamówienia obejmuje również telefoniczne udzielanie porady i kwalifikacji pacjenta,  
w Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie.

Nazwa Oferenta.....

Adres (siedziba) Oferenta.....

Nr telefonu ..... Adres email:.....

NIP .....

Regon .....

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie, składam ofertę na udzielanie świadczeń:

**Oświadczam, iż będę przyjmował pacjentów – proszę wybrać jedną z opcji poniżej -  
\* *niepotrzebne skreślić***

- pacjentów powyżej 16 roku życia;
- pacjentów do 16 roku życia;
- pacjentów do i powyżej 16 roku życia .

Grupa I / nazwa podmiotu	Kwota brutto w zł za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych, udzielanych w ambulatorium , w tym także wyjazdów do pacjentów w miejsce ich pobytu ( transport we własnym zakresie ) Przedmiot zamówienia obejmuje również telefoniczne udzielanie porady i kwalifikacji pacjenta
..... ..... .....	.....

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią: ogłoszenia, szczegółowych warunków konkursu ofert oraz projektem umowy oraz nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielał będę przy wykorzystaniu pomieszczeń, wyposażenia, aparatury i sprzętu medycznego, środków medycznych, środków transportu i łączności udostępnionych przez Udzielającego Zamówienia.
3. Oświadczam, że ze złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.
4. 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.
5. 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.
6. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne udzielane będą przez osoby zgodnie z załączoną listą imienną (wraz z ich podpisami) oraz kwalifikacjami zawodowymi i zgodą na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach działalności Przyjmującego Zamówienia\*

Lp.	Imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych	Kwalifikacje zawodowe	Zgoda na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach działalności Przyjmującego Zamówienia ( podpis osoby )	Informacja dotycząca prowadzenia działalności gospodarczej (TAK/NIE)
1				
2				
...				

.....  
Podpis Przyjmującego Zamówienia lub osób  
uprawnionych do jego reprezentowania

\* wypełnić w przypadku złożenia oferty przez spółkę cywilną lub spółkę prawa handlowego