

### FORMULARZ OFERTY

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 . 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 .**

Nazwa podmiotu	Dyżur w dzień powszedni **	Dyżur w dzień świąteczny **	Dyżur w dni:** 1.11;24.12;25.12;26.12; Niedziela Wielkanocna Poniedziałek Wielkanocny, 1.01.
..... . .....	.....	.....	.....

**\*\*Kwota brutto w zł za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych, udzielanych w ambulatorium , w tym także wyjazdów do pacjentów w miejsce ich pobytu Przedmiot zamówienia obejmuje również telefoniczne udzielanie porady i kwalifikacji pacjenta**

- 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.
- Oświadczam, że świadczenia zdrowotne udzielane będą przez osoby zgodnie z załączoną listą imienną (wraz z ich podpisami) oraz kwalifikacjami zawodowymi i zgodną 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