

FORMULARZ OFERTY

w konkursie ofert polegających na pełnieniu świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżurów pielęgniarskich w Dziale Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej (ambulatorium) w Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie.

Nazwa Oferenta.....

Adres (siedziba) Oferenta.....

Nr telefonuAdres 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:

Grupa VII / 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 w własnym zakresie)
.....

- 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 wykazem przedstawionym poniżej*.

Lp.	Imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych	Kwalifikacje zawodowe	Zgoda na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach działalności Przyjmującego Zamówienia (podpis)	Informacja dotycząca prowadzenia działalności gospodarczej (TAK/NIE)
1				
2				
3				
4				
5				
6				

7				
8				
9				

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

* Nie dotyczy Oferentów składających indywidualne oferty