

### FORMULARZ OFERTY

w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu  
Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie.

Nazwa Oferenta.....

Adres (siedziba) Oferenta.....

Nr telefonu .....

Kwalifikacje zawodowe .....

NIP .....

Regon .....

Organ rejestracyjny.....

Nr wpisu do rejestru.....

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie na świadczenie usług medycznych w Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie, składam ofertę udzielania świadczeń wg następującej stawki:

**Grupa IV Świadczenie usług medycznych w ramach dyżurów pełnionych przez techników elektroradiologii**

**Pakiet 1 Dział Diagnostyki Obrazowej: Pracownia Radiologiczna, Pracownia Tomografii Komputerowej, Pracownia Ultrasonografii Diagnostycznej i Zabiegowej**

1	2	3
Grupa/ Pakiet	Rodzaj udzielanej usługi medycznej	Kwota za zabezpieczenie dyżurów miesięcznie ( zł )
.....	<i>Świadczenie usług medycznych w ramach dyżurów pełnionych przez techników elektroradiologii -spółka Dział Diagnostyki Obrazowej</i>	.....

1. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami konkursu , treścią ogłoszenia, specyfikacji konkursowej oraz odpowiednim 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 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 ( Dz. U. z dnia 15 lutego 2013 r. poz. 217 ) i zgodnego z przepisami wydanymi na jego podstawie oraz zobowiązuję się do utrzymywania aktualnego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy. Oświadczam, że ubezpieczenie obejmować będzie również odpowiedzialność za zdarzenia medyczne określone w art. 67a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta ( tekst jednolity : Dz. U z 2012 r. Nr 30, poz.159 ).

6. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych/medycznych udzielać będą następujące osoby:

<b>Lp.</b>	<b>Imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych</b>	<b>Kwalifikacje zawodowe</b>	<b>Zgodna na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach działalności Oferenta ( podpis osoby z kol. II)</b>	<b>Informacja dotycząca prowadzenia działalności gospodarczej</b>
<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>	<b>V</b>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

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