

**Formularz ofertowy  
dotyczący umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.**

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, które ukazało się

.....  
oraz ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i je akceptuję.

W przypadku uznania mojej oferty jako najkorzystniejszej zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartych we wzorze umowy stanowiącym załącznik do szczegółowych warunków konkursu ofert.

**Dane o ofercie**

1).....

.....  
.....  
.....  
(Nazwa i siedziba podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej )

2).....

.....  
(numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu)

3) Nr REGON ....., Nr NIP ....., Nr telefonu .....

1. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
2. Oświadczam, że dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem oraz posiadam odpowiednie kwalifikacje do wykonania zamówienia.

Wskazanie kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3. Za wykonywanie świadczeń zdrowotnych proponuję należność (cenę brutto):

- za 1 godzinę wykonania świadczeń zdrowotnych .....zł,

(słownie:.....zł)

4. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Udzielającego zamówienia, w oddziałach szpitalnych oraz Izbie Przyjęć.
5. Oferuję zawarcie umowy od dnia 01 listopada 2018r. na czas udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, tj. na czas posiadania przez Udzielającego zamówienia kontraktów z NFZ, do których realizacji w/w usługi są niezbędne.

6. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń lekarskich w oddziale(łach) wskazanych przez Udzielającego zamówienia w umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych, Izbie Przyjęć w dniach roboczych:

.....  
.....  
.....

w godzinach od 7<sup>00</sup> do 14<sup>35</sup>.

7. Zobowiązuję się do pełnienia dyżuru lekarskiego w Izbie Przyjęć oraz oddziałach szpitalnych w ilości:

- ..... dyżuru(ów) w miesiącu w dni robocze,
- ..... dyżuru(ów) w miesiącu w dni wolne od pracy,

według harmonogramu ustalonego na każdy miesiąc przez Udzielającego zamówienia.

**Data** .....

.....

**Podpis i pieczęć oferenta**