

FORMULARZ OFERTOWY
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w siedzibie Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II
w Zamościu

I. Dane oferenta:

Nazwa oferenta
Nr REGON oferenta	NIP
Nr KRS oferenta (o ile dotyczy)	tel. oferenta
Adres, kod pocztowy oferenta
Nazwa banku
Nr konta

II. Oferowana cena (brutto) za udzielanie świadczeń zdrowotnych:

Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Poradni Alergologicznej. Oferowana cena (brutto) za jeden punkt:(słownie:.....brutto).

III. Oświadczenia:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen.
2. Oświadczam, że staż pracy lekarza w zawodzie wynosi:
3. Oświadczam, że staż pracy w Poradni Alergologicznej wynosi:
 - 1) lat,
 - 2) lat,
 - 3) lat,
 - 4)lat,
 - 5)lat.
4. Oświadczam, że zgłoszeni lekarze do wykonywania świadczeń objętych ofertą posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie alergologii.
5. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na warunkach określonych we wzorze w miejscu i terminie

wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.

6. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od **dnia podpisania umowy do dnia 31 grudnia 2021. r.** i wyrażam zgodę na jej ewentualne przedłużenie w drodze aneksu na kolejny okres nieprzekraczający 3 m-cy.
7. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Zaproszenia do złożenia ofert
8. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
9. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
11. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym Zamówienia oraz zgodnie z ustalonym harmonogramem.

II. Do oferty załączam:

1. Odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą / zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą*,
2. Aktualny odpis właściwego rejestru Krajowego Rejestru Sądowego / wyciąg z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej*,
3. Umowa spółki cywilnej (jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej) *,
4. Prawo wykonywania zawodu lekarza / lekarzy przyznane przez odpowiednią Okręgową Radę Lekarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych,
5. Dyplom lekarza / lekarzy,
6. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe – w tym specjalizacje (tj. dyplom specjalizacji):
 - 1)
 - 2)
 - 3)
 - 4)
 - 5)

(inne dokumenty – wskazać jakie)

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczętka i podpis osoby uprawnionej)

*-niewłaściwe skreślić