

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

Nr REGON oferenta		NIP
Nazwa oferenta	
Adres, kod pocztowy, tel.	
Nazwa banku Nr konta	
Nr	Nazwa	Oferowana cena jednostkowa brutto (PLN)
1.	Konsultacja medyczna	

I. Oświadczenia:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen.
2. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie lekarza wynosi lat.
3. Oświadczam, że posiadam tytuł specjalisty w dziedzinie kardiologii dziecięcej.
4. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na warunkach określonych we wzorze w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres **od dnia zawarcia umowy do 31 grudnia 2021r.** i wyrażam zgodę na jej ewentualne przedłużenie w drodze aneksu na kolejny okres nieprzekraczający 3 m-cy.
6. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.

7. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
8. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
9. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
10. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w terminach określonych w Zaproszeniu do składania ofert.

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 przyznane przez odpowiednią Okręgową Radę Lekarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych,
5. Dyplom lekarza,
6. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe – w tym specjalizacje (tj. dyplom specjalizacji):
 - 1)
 - 2)
 - 3)
 - 4)
 - 5)

(inne dokumenty – wskazać jakie)

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

*-niewłaściwe skreślić