

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

Nazwa oferenta		..... ..... ..... .....
Nr REGON oferenta .....		NIP .....
Nr KRS oferenta ..... (o ile dotyczy)		tel. oferenta .....
Adres, kod pocztowy oferenta		..... .....
Nazwa banku Nr konta		..... .....
Nr	Nazwa	Oferowana cena jednostkowa brutto (PLN)
1.	Konsultacja medyczna w dziedzinie kardiologii dziecięcej na rzecz pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Neonatologii	

**I. Oświadczenia:**

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen.
2. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie lekarzy wynosi:
  - 1) ..... lat,
  - 2) ..... lat,
  - 3) ..... lat,
  - 4) .....lat,
  - 5) .....lat.
3. Oświadczam, że zgłoszeni lekarze do wykonywania świadczeń objętych ofertą posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie kardiologii dziecięcej.
4. 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.

5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od **dnia podpisania umowy do dnia 19 maja 2022 r.** i wyrażam zgodę na jej ewentualne przedłużenie w drodze aneksu na kolejny okres nieprzekraczający 3 m-cy.
6. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Zaprośzenia do złożenia ofert
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 niezwłocznie, jednak nie później niż w ciągu **24 godzin** od zgłoszenia potrzeby udzielenia świadczenia.”

**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)*

.....  
*(miejsowość, data)*

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