**FORMULARZ OFERTY**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii**

Pełna nazwa Oferenta:

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

Nazwa i numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych lub osób wykonujących działalność leczniczą\*\*

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

1/ w przypadku podmiotu leczniczego **numer wpisu** do rejestru wojewody,

2/ w przypadku osób wykonujących działalność leczniczą, **numer wpisu** do właściwego rejestru i **oznaczenie organu dokonującego wpisu**.

Nr wpisu do rejestru przedsiębiorców albo ewidencji działalności gospodarczej ……………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

Nr prawa wykonywania zawodu: ………………………………………………………………………………….

Adres Oferenta:

Kod pocztowy ........... - ................... miejscowość ......................................................................

ul. ................................................................. nr .................

Tel. ....................................................... fax ............................................................

e-mail: .............................................................................................................................................

NIP .................................................................... Regon ..........................................................

1. Kwalifikacje zawodowe:

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. Rodzaj oferowanych świadczeń.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziałach Szpitala zgodnie z SWKO:

5.1.\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj oferowanych świadczeń | j.m. | Kwota |
| 1. | udzielanie świadczeń zdrowotnych pomiędzy godziną 8:00 a 15:00 w dni powszednie od poniedziałku do piątku z wyłączeniem świąt. | godz. |  |

5.2.\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj oferowanych świadczeń | j.m. | Kwota |
| 1 | „Dyżur medyczny” w dzień powszedni. | godz. |  |
| 2 | „Dyżur medyczny” w dni wolne od pracy, niedziele i święta trwający 24 godziny. | godz. |  |

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych uwag.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią umowy na udzielenie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia i wyrażam zgodę na jej zawarcie w tym brzmieniu w przypadku wyboru mojej oferty.
4. Oświadczam, że uważam się związana/y ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oświadczam, iż posiadam doświadczenie zawodowe niezbędne do świadczenia usług w zakresie wymienionym w w/w ogłoszeniu.
7. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie, niezbędnych w celu przeprowadzenia konkursu ofert oraz zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w przypadku wyboru mojej oferty.

|  |
| --- |
|  |
| *Podpis i pieczęć oferenta* |

***Dokumenty:***

1. …………………………………………………………………………………………………………………….………………………….
2. ……………………………………………………………………………………………………………………………..…………………
3. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………
5. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………
6. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………
7. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………
8. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………
9. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………