

(pieczęć oferenta)

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
ul. Klukowskiego 3
22 – 460 Szczepleszyn

FORMULARZ OFERTOWY

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie zapewnienia opieki lekarskiej w szpitalnym Oddziale Chirurgicznym w postępowaniu nr 0510K.1.2021.

1	Nazwa i adres oferenta	
2	Imię i nazwisko osoby reprezentującej oferenta lub osoby upoważnionej do podpisania umowy	
3	Adres do korespondencji	
4	REGON	
5	NIP / PESEL(dotyczy osób fizycznych)	
6	Adres poczty elektronicznej	
7	Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w tygodniu	
8	Proponowana kwota należności brutto za 1 pełną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych	
9	Deklarowana kwota % za realizację procedur zabiegowych	

- Oświadczam, że zapoznałem*/zapoznałam* się z treścią ogłoszenia w sprawie konkursu ofert oraz szczegółowymi warunkami zamówienia do konkursu ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
- Oświadczam, że wzór załączonej umowy został przeze mnie zaakceptowany i nie wnoszę do jej treści zastrzeżeń.
- Oświadczam, że w zakresie realizacji tej umowy będę się we własnym zakresie rozliczać z ZUS z tytułu ubezpieczenia społecznego i ubezpieczenia zdrowotnego oraz US z tytułu podatków.
- Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż zobowiązany jestem do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia i zobowiązuje się, że stosowną polisę ubezpieczenia dołączę w formie załącznika do umowy.
- Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do podjęcia się wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia i aktualne zaświadczenie o odbytym szkoleniu z zakresu bhp oraz zobowiązuje się, że stosowne dokumenty dołączę w formie załącznika do umowy.
- Zobowiązuję się do zapewnienia realizacji przedmiotowych świadczeń zdrowotnych, współpracując z personelem Udzielającego Zamówienia.

*oznaczyć właściwie

Do oferty załączam:

- 1) Aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG),
- 2) Aktualne zaświadczenie o wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą lub zaświadczenie właściwej Okręgowej Izby Lekarskiej o wpisie do RPWDL,

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczęć imienna i podpis oferenta)