

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych**  
**w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie zapewnienia opieki lekarskiej**  
**w szpitalnym Oddziale Chirurgicznym**  
**Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Szczepieszynie**  
**w postępowaniu nr 0510.K.1.2023**

Nr REGON oferenta .....		NIP .....	
Nazwa oferenta	..... .....		
Adres do korespondencji, telefon kontaktowy	..... .....		
Nazwa banku Nr konta	..... .....		
Proponowane stawki brutto: .....zł (słownie: .....złoty ch ...../100) brutto za 1 pełną godzinę udzielania świadczeń na Oddziale Chirurgicznym.			

**I. Oświadczenia:**

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen.
2. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie wynosi ..... lat.
3. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres **od dnia 01 lutego 2023 r. do 31 grudnia 2023 r.** i wyrażam zgodę na jej ewentualne przedłużenie w drodze aneksu na kolejny okres nieprzekraczający 3 m-cy.
5. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.
6. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Warunków konkursu ofert z dnia 19 stycznia 2023 r. i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
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 dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym Zamówienia oraz zgodnie z ustalonym harmonogramem.

**1. 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, certyfikaty):
  - 1) .....
  - 2) .....
  - 3) .....
  - 4) .....

*(inne dokumenty – wskazać jakie)*

\*- niewłaściwe skreślić,

\*\* - jeśli dotyczy.

.....  
*(miejsce, data)*

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